

事業者 ー 保険者

介護給付費過誤申立依頼書

年 月 日

軽井沢町長 殿

事業所番号	
事業者名	
所在地	〒 ー
電話番号	
担当者	

下記の介護給付について、過誤の申し立てを依頼します。 （ 同月過誤 ・ 通常過誤 ）

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	サービス種類名	過誤申し立てする様式 （請求書、明細書等）	申 立 事 由	※申立事由コード
0 0 0		令和 年 月				
0 0 0		令和 年 月				
0 0 0		令和 年 月				
0 0 0		令和 年 月				
0 0 0		令和 年 月				
0 0 0		令和 年 月				
0 0 0		令和 年 月				
0 0 0		令和 年 月				
0 0 0		令和 年 月				

※申立事由コードは、記入しないでください。