介　護　給　付　費　過　誤　申　立　書

事業者番号	
事 業 者 名	
所 在 地	〒
連絡先	

奥　尻　町　長　殿

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　年　　月　　日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	ｻｰﾋﾞｽ提供月	申立事由コード	申立事由