介護給付費過誤申立書（同月・通常）

事業者番号	
事業者名	
所在地	
電話番号	
担当者名	

群馬県下仁田町長　宛
（保険者番号103820）

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

令和　　年　　月　　日

被保険者番号	被保険者氏名	ｻｰﾋﾞｽ提供年月	申立事由ｺｰﾄﾞ	申　立　事　由
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		