

総合事業費過誤申立書（同月・通常）

群馬県下仁田町長 宛

(保険者番号103820)

下記の介護予防・日常生活支援総合事業について、過誤を申し立てます。

令和 年 月 日

事業者番号

事業者名

所在地

電話番号

担当者名

[illegible]