

介護給付費過誤申立依頼書

事業所番号	
事業所名	
電話番号	
担当者氏名	

群馬県 神流町長 様

令和 年 月 日

下記の介護給付費について過誤申立を依頼します。

被保険者番号 被保険者氏名カナ	サービス提供年月	申立単位数 (食事提供費)	申立事由 コード	申立事由	実績チェック
	令和 年 月				
	令和 年 月				
	令和 年 月				
	令和 年 月				
	令和 年 月				
	令和 年 月				
	令和 年 月				
	令和 年 月				
	令和 年 月				
	令和 年 月				

申立単位数は請求単位数ではなく、決定された単位数を記載してください。

※町記入欄

月 通常・同月 処理	備考
------------	----