通常 ・ 同月

介護給付費／介護予防･日常生活支援総合事業費過誤申立書

保険者番号　１５２０２５

保 険 者 名　長 岡 市

TEL　０２５８－３９－２２４５

長　岡　市　様

事業所番号

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。　年　月　日

事 業 所 名

TEL

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立理由コード	識別番号	申　立　事　由	保険請求決定済額
		年　月分				
		年　月分				
		年　月分				
		年　月分				
		年　月分				
		年　月分				
		年　月分				
		年　月分				
		年　月分				
		年　月分				