

介護給付費過誤申立依頼書

(あて先) 群馬県藤岡市長

事業所番号													
事業所名													
電話番号													
担当者名													

下記の介護給付費について、過誤申立を依頼します。

_____年 月 日

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 (市記入欄)
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	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。

※市記入欄

月 通常・同月 処理	備考	
------------	----	--