介護給付費過誤申立書

（あて先）大津市長

事業所番号	
事業所名	
管理者名	
所在地	
担当者名	
連絡先	（　　）　　－

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

年　　月　　日

保険者番号	被保険者番号 被保険者名	サービス提供年月	サービス種類	申立事由 コード	申立事由
2 5 2 0 1 5		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			