介護給付費過誤申立依頼書

（事業所　→　保険者）

事業所番号	
名　称	
所在地	〒
連絡先	

周防大島町長　様

年　　月　　日

下記の介護給付について、国保連合会への過誤申立を依頼します。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		