介護給付費過誤申立書

釜石市役所　高齢介護福祉課　高齢介護係　宛

保険者番号	0	3	2	1	1	0

〒026-0025

岩手県釜石市大渡町3-15-26

TEL 0193-22-0178
FAX 0193-22-6375

事業所名		
事業所番号		
所在地	〒	
連絡先	電話番号	
	電話番号	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

☐ 通常過誤(提出期限:毎月15日)

☐ 同月過誤(提出期限:毎月3日)　　年　　月　　日提出

※通常過誤、同月過誤どちらかに〇印をつけること

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