

介護給付費過誤申立書

釜石市 総合福祉課 宛

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） 令和 年 月 日
☐ 同月過誤（提出期限：毎月3日）

※通常過誤、同月過誤どちらかに○を記入してください

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

[illegible]