平成　　年　　月　　日

西都市健康管理課長　殿

事業所名　　　　　　　　　　　　　　印

介護保険給付過誤申し立てについて（ 通常 ・ 同月 ）

上記の件につきまして、介護保険給付費請求について過誤がありましたので、国保連合会への過誤申し立てをお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 事業所名 | 氏名 | サービス種別 | サービス提供月 | 過誤内容 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

事業所名

担 当 者

電話番号