

年 月 日

## 介護給付費過誤申立依頼書

栄町長 様

請求事業者

事業所番号									
事業所名称									
所在地									
電話番号									

年 月提出介護給付費過誤申立を依頼します。

請求年月	年 月分		
保険者番号	1 2 3 2 9 9		
保険者名	栄 町		
被保険者番号			
被保険者氏名			
生年月日	年 月 日 生		
請求金額			
申立事由コード			
過誤申立理由			

※ 公費負担分過誤申立の場合は、  
公費負担者番号及び公費受給者番号  
を記入してください。

公費負担者番号							
公費受給者番号							