介護給付費過誤申立書

保険者番号	0	1	5	7	1	9
保険者名	豊　浦　町					
所在地	〒 049-5411 豊浦町字東雲町１６番地１					
連絡先	0142-83-2408					

介護給付費審査委員会　　殿

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　令和　　年　　月　　日

事業所番号	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	申立事由
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		