介　護　給　付　費　過　誤　申　立　書

令和　　年　　月　　日

（宛先）流 山 市 長

事業所名	
所 在 地	〒　　－
電話番号	
担当者名	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

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
		令和　　年　　月		
		令和　　年　　月		
		令和　　年　　月		
		令和　　年　　月		
		令和　　年　　月		
		令和　　年　　月		
		令和　　年　　月		
		令和　　年　　月		