

介護給付費過誤申立書

【 月（同月・通常）過誤】※通常か同月かを○で囲んでください。

令和 年 月 日

観音寺市長 宛て

事業所番号

事業者名称

下記の者の介護給付について、請求誤りがあったため過誤申立をします。

No.	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	サービス単位数		サービスの種類
				(過誤申立前)	(過誤申立後)	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						