

事業者 → 宇多津町

介護給付費同月過誤申立依頼書

宇多津町長 殿

事業者名	
所在地	〒 ー
連絡先(TEL)	ー ー

下記の介護給付について、過誤の申し立てします。

年 月 日

事業所番号										被保険者番号				サービス提供年月	申立事由 コード				申立事由				
										被保険者氏名													
																		年 月					
																		年 月					
																		年 月					
																		年 月					
																		年 月					
																		年 月					
																		年 月					