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	〒
連絡先(TEL)	

下記の介護給付について、過誤の申し立てします。　　平成　　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
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		