

# 介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立依頼書

六戸町長 吉田 豊 様

令和 年 月 日

保険者番号	0	2	4	0	5	9
事業所番号						
事業所名						
所在地						
連絡先						
担当者名						

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤申し立てします。

No.	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
1			年 月	
2			年 月	
3			年 月	
4			年 月	
5			年 月	
6			年 月	
7			年 月	
8			年 月	
9			年 月	
10			年 月	

枚目 / 枚中  
総件数 件