介 護 給 付 費 過 誤 申 立 依 頼 書

六戸町長　様

保険者番号	0 2 4 0 5 9
事業所名	
所在地	
連絡先	

下記の介護給付について、過誤申し立てをいたします。　　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