

介護給付費過誤申立書

事業者→保険者

宇治市 あて

	通常過誤
	同月過誤(年 月再請求分)

通常過誤または同月過誤に○を付け、同月過誤の場合は再請求年月を必ず記入してください。

保険者番号	2	6	2	0	4	8
保険者名	宇 治 市					
所在地	〒611-8501 宇治市宇治琵琶33番地					
連絡先	0774-20-8731					

事業者番号	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(カナ)				
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		

上記の介護給付について、過誤を申し立てます。

年 月 日 事業所名

印