介護給付費過誤申立書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

木更津市長 様

事 業 所 名 〇〇〇居宅介護支援事業所

所 在 地 木更津市朝日3-10-19

(ET)

電 話 番 号 0438-12-3456

次のとおり過誤を申し立てます。

		_	_			_	_	_	_	_
事 業 所 番 号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

請求事務担当者 : 木更津 太郎

		被	保	険	者	番	号	-		被保険者氏名	サービス提供年月	申ュ	立事	由コ	ード	申 立 事 由
(0	0	0	0	0	0	0	0	0	木更津 花子	平成〇年〇月	0	0	0	0	請求誤りのため