介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書

令和　　年　　月　　日

木更津市長 様

事　業　所　名

所　　在　　地　　㊞

電　話　番　号

次のとおり過誤を申し立てます。

事 業 所 番 号										

請求事務担当者 ：

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