事業者→保険者

介護給付用

介護給付費過誤申立書

伊丹市　介護保険課　様

下記の介護給付について過誤を申し立てます。　　年　　月　　日

＊同月過誤の場合は用紙右上に「同月過誤」と記載してください

事業所名		代表者名	
		担当者名	
所在地		電話番号	

保険者番号	2	8	2	0	7	9
保険者	伊　丹　市					

※申立事由コード・様式・申立事由は必ず記載して下さい。

事業所番号	被保険者番号（0を入れて10桁で） 被保険者氏名（カタカナで）	サービス提供年月	申立事由コード	様式	申立事由（なるべく具体的に）
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			