事業者→保険者

介護給付費過誤申立書

（宛先）

上尾市長

（ 通常 ・ 同月 ）

事業者番号	
事業者名	
所在地	〒　　－
担当者名	
連絡先	

下記の介護給付費明細書について、過誤を申し立てます。　　年　月　日

事業者番号	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