

## 介護給付費過誤申立書

那覇市ちゃーがんじゅう課 御中

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	電話番号

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。 令和 年 月 日

被保険者番号	フリガナ 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
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

※月末×（必着）郵送もしくは、窓口ちゃーがんじゅう課給付受付 翌月審査にて過誤となります同月再請求が可能です。