平成１９年　３月２０日

介護給付費過誤依頼書

（ 同月 ・ 通常 ）過誤

同月･･･月末締め切り　通常･･･15 日締め切り

伊方町長　様

事業所番号	３８×××××××××
事業所名	○○サービス
所在地	〒796－×××× 愛媛県○○市□□町△△１２３番地
連絡先	TEL　０８９４－××－××××
担当者名	○　○　　○　○

下記の介護給付について、過誤申立を依頼申し上げます。　（　１　枚中　１　枚目）

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
0000099999	伊方　太郎	１８年１２月	××02	請求誤りによる取り下げ
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年　月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年　月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年　月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年　月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年　月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年　月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年　月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年　月		