年　　月　　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 | |
| 事 業 所 名 | |
| 所　在　地 | 〒 |
| 連　絡　先 | TEL |
| 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。　（　　枚中　　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 |
|---|---|---|---|---|
| | | 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 | | |
| 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 | | |