

## 介護給付費過誤申立書

邑楽町役場 福祉介護課 あて

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
担当者名	

提出年月日      令和      年      月      日

被保険者番号	氏名	サービス 提供年月	申立事由 コード	申立事由	備考

※ 同月過誤の場合は、備考欄に同月過誤処理月を記入して、国保連合会と調整のうえ月末までに  
(FAXでも可) お願いします。      FAX番号 0276-88-3247