

介護給付費過誤申立依頼書

四街道市長 宛

事業者番号	
事業者名称	
所在地	
電話番号	

下記の介護給付費について、取下げを依頼します。

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	過誤申立事由 (具体的に記入してください)
		令和 年月		

※ 過誤申立の依頼は、請求月の翌月からできます。