

**【介護給付費】  
過誤申立依頼書**

我孫子市長 へ

事業所番号	
担当者名	
事業所名称	
所在地	
連絡先	

下記の介護給付について、過誤の申立を依頼します。

年 月 日

No.	保険者 番号	被保険者番号	フリガナ 被保険者氏名	給付実績		申立事由コード	申立事由 (具体的に記入してください)	照合
				提供年月	審査年月			
1	122226			年 月	年 月			
2	122226			年 月	年 月			
3	122226			年 月	年 月			
4	122226			年 月	年 月			
5	122226			年 月	年 月			
6	122226			年 月	年 月			
7	122226			年 月	年 月			
8	122226			年 月	年 月			
9	122226			年 月	年 月			
10	122226			年 月	年 月			
11	122226			年 月	年 月			