

介護給付費過誤申し立て依頼書

平成 年 月 日

諏訪広域連合

広域連合長 山田 勝文 殿

事業所所在 _____

事業所名 _____

管理者 _____ 印 _____

(担当者 _____)

次のとおり過誤申し立てを依頼します。

届出年月日	平成 年 月 日
-------	----------

事業所番号	事業所名
.....	

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	サービス種類名
.....			

申し立て事由	請求誤りによる
--------	---------

過誤申し立てする様式 (請求書・明細書等)	様式第
--------------------------	-----

--	--

--	--