過誤申立（請求実績の取り下げ）依頼書

大 磯 町 長　様

事業所名	印		
所在地			
連絡先電話番号		担当者名	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　平成　年　月　日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	サービスの種類	申立事由
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		