

年 月 日

## 介護給付費 過誤申立依頼書

浜田地区広域行政組合 様

事業者番号	
事業者名	
連絡先(TEL)	
担当者氏名	

次の介護給付について、過誤申立を依頼します。

No.	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	申立の具体的な内容	再請求の有無
1			年 月			有・無
2			年 月			有・無
3			年 月			有・無
4			年 月			有・無
5			年 月			有・無
6			年 月			有・無
7			年 月			有・無
8			年 月			有・無
9			年 月			有・無
10			年 月			有・無

再請求月	年 月
------	-----