介護給付費過誤申立書

年　　月　　日

（あて先）酒々井町長

事業所番号	
事 業 所 名	
所　在　地	
連　絡　先	

下記の介護給付について、過誤申し立てを依頼します。

記

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	申立事由 コード	申立事由