サービス事業者→**保険者**

介護給付費過誤申立書

年　　月　　日

事業所番号	
住　　所	
事 業 所 名	
電 話 番 号	

岐　南　町　長　様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

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