介護給付費過誤申立書

事業所番号	
事業所名称	
所　在　地	〒　　－
連　絡　先	電話番号

小樽市長　様

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
（全　　枚のうち　枚目）

被保険者番号	被保険者氏名（カタカナ）	サービス提供年月	サービス種類	申立事由				
				1．当市台帳誤り修正による過誤調整 2．請求誤りによる実績の取り下げ 3．その他の事由による実績の取り下げ				
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	