事業者　→　保険者

介護給付費過誤申立依頼書

保険者番号	0	5	2	0	2	7
保険者名	能　代　市					

宛

事業者番号										
事業者名										
所在地	〒□□□－□□□□									
連絡先	電話番号									

下記の介護給付について、過誤申立を依頼します。　　年　　月

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	ｻｰﾋﾞｽ提供年月	申立事由ｺｰﾄﾞ	申　立　事　由
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		