事業者→保険者

介護給付費過誤申立書（取下げ依頼書）

芦屋市長　あて

過誤の種類	通常過誤　・　同月過誤

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	電話番号

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　令和　　年　　月　　日

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
		平成・令和　　年　　月		
		平成・令和　　年　　月		
		平成・令和　　年　　月		
		平成・令和　　年　　月		
		平成・令和　　年　　月		
		平成・令和　　年　　月		
		平成・令和　　年　　月		
		平成・令和　　年　　月		
		平成・令和　　年　　月		
		平成・令和　　年　　月		