事業者→保険者

# 介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書（取 下 げ 依 頼 書）

| | |
|---|---|
| 事業所番号 | |
| 事業所名 | |
| 所在地 | 〒 |
| | |
| 連絡先 | 電話番号 |

芦屋市長　あて

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<br>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 | | |