事業者から保険者

令和　　年　　月　　日

介　護　給　付　費　過　誤　申　立　書

笠間市長　様

事業所番号	
事業者名称	
住　所	
電話番号	

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	サービス 種類	申立点数	修正点数	申立事由 コード	申立事由

1．サービス種類　　別紙　（1）サービス種類コード一覧　参照

2．申立点数　　請求時の点数を記入

3．修正点数　　本来請求すべき点数