

事業所→保険者

介護給付費  
介護予防・日常生活支援総合事業

過誤申立依頼書(同月・通常)

【再請求: 有・無】

保険者番号 104430

片品村長 宛て



必ずどちらかに○をつけてください

事業所番号									
事業所名									
電話番号									
FAX番号									
担当者名									

下記の介護給付費について、過誤の申し立てを依頼します。

申立日 令和 年 月 日

番号	被保険者番号	フリガナ	サービス提供年月	サービス名称	申立事由			申立事由	備考
		被保険者氏			コード				
1			令和 年 月						
2			令和 年 月						
3			令和 年 月						
4			令和 年 月						
5			令和 年 月						
6			令和 年 月						
7			令和 年 月						
8			令和 年 月						
9			令和 年 月						

保険者担当 片品村役場保健福祉課  
電話 0278-58-2111