

年 月 日

### 介護給付費過誤申立書

富津市長 様

事業所名  
所在地  
電話  
請求事務担当者 印

下記のとおり過誤を申し立てます。

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(具体的に記入をお願いします。)

- 国保連合会の審査を終えて、給付決定しているものであるか、今一度ご確認ください。
- 毎月15日までに申立書の提出をお願いします。