年　　月　　日

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

富津市長　様

事 業 所 名　　印
所　在　地
電　　話
請求事務担当者

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。）

〇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。
〇毎月15日までに申立書の提出をお願いします。