（事業所→光市）

介 護 給 付 費 過 誤 申 立 依 頼 書

同月 ・ 通常

事業所番号	
事業所名	（担当　　）
所在地	〒　　－
連絡先	電話番号　（　　）　－

光市長　様

下記の介護給付について、国保連合会への過誤申立を依頼します。

年　　月　　日

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
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		