（事業所→光市）

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立依頼書

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

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、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		