介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	電話番号

登別市長　様

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。

年　　月　　日

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

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