サービス事業者等→保険者

介護給付費過誤申立書

笠松町長　様

事業所番号	
住　　所	
事業所名	
電話番号	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

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