

## 介護給付費・介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立書

海老名市長 殿

年 月 日

下記の介護給付費、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。

事業所番号									
事業所名									
所在地	〒								
連絡先									
担当者									

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
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		

( 枚中 / 枚目 )

※ 電子メール・FAX報告厳禁