**過 誤 申 立 書　 　　【　再 請 求 ： 有　・ 無　 】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号　１３３０８２ |  | 事業所番号 |  |
| 保険者名　奥多摩町　御中 |  | 事業所名称 |  |
|  |  | 担当者名 |  |
| 下記の介護給付について、過誤を申し立てます。 | 電話番号 |  |

申立年月日　　令和 　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **番号** | **被保険者番号** | **フリガナ** | **サービス提供月** | **申立事由****コード** | **申　立　事　由** |
| **被保険者氏名** |
| **１** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　 |  |  |
|  |
| **２** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　 |  |  |
|  |
| **３** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　 |  |  |
|  |
| **４** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　 |  |  |
|  |
| **５** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　 |  |  |
|  |
| **６** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　 |  |  |
|  |
| **７** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　 |  |  |
|  |
| **８** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　 |  |  |
|  |