

(あて先)

過誤申立兼受給者情報訂正依頼書

事業所番号	
事業所名	
事業所所在地	
担当者(連絡先)	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

対象者				対象時期 利用月	サービス種類			備考
被保険者番号	氏名	フリガナ	生年月日		番号	分類	名称	