（あて先）

宛先はプルダウンで選択願います。

過誤申立兼受給者情報訂正依頼書

事業所番号	1234567890
事業所名	○○介護事務所
事業所所在地	札幌市○区○条○丁目●番●号
担当者(連絡先)	△△　△△(999-9999)

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	サービス種類			
被保険者番号	氏名	フリガナ	生年月日	利用月	番号	分類	名称	備考
1234567890	札幌　太郎	サッポロ　タロウ	S40.1.1	令和4年4月	26	予防給付	介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等	

ここに被保険者番号を入れると、新たな行が自動的に作成されます。

クリーム色のところに、必要事項を入力願います。