事業所⇒保険者

平成　　年　　月　　日

介護給付費過誤申立書（同月過誤）

筑西市長　様

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
担当者名	
連絡先	

下記の介護給付費について、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	事由コード	申立事由	①請求済単位数	②正しい単位数	③返還単位数（①－②）	④返還する給付額 ③×10円×90%
		平成　年　月						
		平成　年　月						
		平成　年　月						
		平成　年　月						
		平成　年　月						
		平成　年　月						
		平成　年　月						
		平成　年　月						
		平成　年　月						
		平成　年　月						
計								