介　護　報　酬　過　誤　連　絡　票

年　　月　　日

河 内 長 野 市 介 護 保 険 課　宛

事 業 者 名	
事業所番号	
連　絡　先	電話番号
担　当　者	

次の請求について、過誤取扱いをお願いします。

被保険者番号 被保険者名	サービス提供 年　月	申立事由 コード	申　立　事　由
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		