

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

令和 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	

次の介護予防・日常生活支援総合事業費の請求について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
	被保険者氏名			
1		令和 年 月		
2		令和 年 月		
3		令和 年 月		
4		令和 年 月		
5		令和 年 月		
6		令和 年 月		
7		令和 年 月		
8		令和 年 月		
9		令和 年 月		