介護給付費過誤申立書

釧路市長　あて　　令和　　年　　月　　日

次のとおり、国保連合会への過誤申立てを依頼します。

事業所番号	事業所名・住所	連絡先
		TEL
		FAX
申立数　　件		担当

	被保険者番号 被保険者氏名(カタカナ)	ｻｰﾋﾞｽ提供年月	明細書様式	申　立　事　由	備　　考
1		平成 令和　　年　　月	第　　号		
2		平成 令和　　年　　月	第　　号		
3		平成 令和　　年　　月	第　　号		
4		平成 令和　　年　　月	第　　号		
5		平成 令和　　年　　月	第　　号		
6		平成 令和　　年　　月	第　　号		
7		平成 令和　　年　　月	第　　号		
8		平成 令和　　年　　月	第　　号		
9		平成 令和　　年　　月	第　　号		
10		平成 令和　　年　　月	第　　号		

釧路市記入欄

国保連合会への過誤申立処理月日	令和　　年　　月　　日

貴事業所から依頼のありました過誤の申立は、上記日付で処理したので通知いたします。

令和　　年　　月　　日

釧路市福祉部介護高齢課介護給付係

TEL　　（０１５４）３１−４５５３

FAX　　（０１５４）３２−２００３

担当