介護給付費／介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

保険者番号　１５２２２３

保険者名　上　越　市

TEL　０２５（　５２６　）５１１１

（宛先）上越市長

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。
本過誤申立により返還金が生じる場合は、速やかに利用者に返還するとともに、利用者が上越市より支給された高額介護サービス費等の返還が生じる場合には、その旨を利用者に説明し、適正に処理します。

事業所番号

事業所名

担当者

TEL　（　　）

令和　　年　　月　　日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立理由コード	識別番号	申立理由
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			