令和　　年　　月　　日

介護給付費過誤申立依頼書

長沼町長　様

過誤種別	通常過誤／同月過誤　（過誤処理月　　月） ※該当する種別を○で囲み，過誤処理月を記載してください。
事業所番号	
事業者名	
所在地	〒
電話番号	
担当者名	

次の介護給付について、北海道国民健康保険団体連合会への過誤申立を依頼します。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	申立事由コード	過誤申立の内容
000000		令和　年　月		
000000		令和　年　月		
000000		令和　年　月		
000000		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		