

年 月 日

みやま市長 様

事業所番号	
事業所名	

[通常 ・ 同月] 過誤申立書

下記の[介護給付費 ・ 総合事業費]について、過誤を申し立てます。

記

証記載 保険者 番号	被保険者番号	サービス提供年月	明細書様式	申立事由コード	保険請求額	
	被保険者氏名	取消事由			誤	
402297		年 月 第 号			誤	
		事由			正	
					返還額	
402297		年 月 第 号			誤	
		事由			正	
					返還額	
402297		年 月 第 号			誤	
		事由			正	
					返還額	
402297		年 月 第 号			誤	
		事由			正	
					返還額	
402297		年 月 第 号			誤	
		事由			正	
					返還額	
402297		年 月 第 号			誤	
		事由			正	
					返還額	
402297		年 月 第 号			誤	
		事由			正	
					返還額	
402297		年 月 第 号			誤	
		事由			正	
					返還額	
合計					誤	
					正	
					返還額	

枚中 枚目