介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書（同月過誤）

年　　月　　日

（宛先）　佐　倉　市　長

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

事業所名

電話番号／担当者

サービス種類

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	当時の介護度	申立事由	再請求の有無	再請求予定年月
		年　月			有・無	年　月
		年　月			有・無	年　月
		年　月			有・無	年　月
		年　月			有・無	年　月
		年　月			有・無	年　月
		年　月			有・無	年　月
		年　月			有・無	年　月
		年　月			有・無	年　月
		年　月			有・無	年　月
		年　月			有・無	年　月