介護給付費過誤申立書

小田原市長 3	宛
---------	---

令和 年 月 日

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

この申し立ての結果、当月支払額が過誤調整額を下回った場合においては、 神奈川県国民健康保険団体連合会が発行する納入通知書により、差額を支払う ことに同意します。

事業所番号						
事業所名						
所 在 地	₹					
記入者						
電話番号			()		

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立コード	申立事由
	平成・令和 年 月		
	平成•令和 年 月		
	平成•令和 年 月		
	平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月		