

事業所 → 市区町村

過誤申立書

【再請求：有・無】

市町村番号 132098
市区町村名 町田市

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	

下記の介護給付費等の給付について、過誤を申し立てます。

申立年月日 年 月 日

番号	受給者証番号	フリガナ	サービス 提供月	請求年月	申立事由 コード	申立事由
		支給決定障害者等氏名				
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						

事業所 → 市区町村

過誤申立書

【再請求：有・無】

市町村番号 132098
市区町村名 町田市

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	

下記の介護給付費等の給付について、過誤を申し立てます。

申立年月日 年 月 日

番号	受給者証番号	フリガナ	サービス 提供月	請求年月	申立事由 コード	申立事由
		支給決定障害者等氏名				
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						