

介護給付費過誤申立依頼書

サービス事業者→泉佐野市(保険者)
泉佐野市長 殿

事業所名	
所在地	〒 _____
連絡先	電話番号 _____ FAX番号 _____
担当者名	

下記の介護給付について、過誤の申立を依頼します。 令和 年 月 日

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	サービスの種類	申立事由
		平成 年 月 令和		
		平成 年 月 令和		
		平成 年 月 令和		
		平成 年 月 令和		
		平成 年 月 令和		
		平成 年 月 令和		
		平成 年 月 令和		
		平成 年 月 令和		

申立月
同月
通常
実績
連絡

連絡先→泉佐野市役所介護保険課 認定給付係
電話:072-463-1212 (内線2162)