介護給付費過誤申立書

介護給付費審査委員会　殿

事業所名
所在地
連絡先
（電話番号）

保険者番号	272112
保険者名	茨木市
所在地	〒567－8505 大阪府茨木市駅前三丁目8番13号
連絡先	 電話番号　072－620－1639

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　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	申立事由コード	申立事由