

## 介護給付費（介護給付・予防給付）過誤申立依頼書

中山町長 様

次のとおり、山形県国民健康保険団体連合会で審査支払決定済の介護給付費について、中山町から山形県国民健康保険団体連合会に過誤申し立てを依頼します。

令和 年 月 日

届出事業所名		印
届出事業所所在地		
届出事業所番号		
届出者氏名		

被保険者番号	
被保険者氏名	
サービス提供年月	
区分	
サービス種類	
明細書様式	様式 第 _____

※訂正前と訂正後の明細書を添付してください。

過誤申立理由	
--------	--

