過誤申立（請求実績の取下げ）依頼書

事業所名	㊞		
所在地			
連絡先電話番号		担当者名	

二宮町長　様

平成　　年　　月　　日

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

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
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		
		平成　年 月		