

介護給付費過誤申立書

聖 籠 町 長 様

保険者番号 153072

保 險 者 名 聖籠町

TEL 0254-27-2111

事業所番号

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

年 月 日

事業所名

TEL

[illegible]