

介護給付費過誤申立書

岡山市〇〇区福祉事務所長 様

年 月 日

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

事業所番号	
事業所名称	
住 所	〒
連絡先	電話番号
担当者名	

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	サービス費の明細書の名称 <small>※サービス区分が分かるよう記入のこと</small>	申立事由（具体的に）
H 2 0	年 月		
H 2 0	年 月		
H 2 0	年 月		
H 2 0	年 月		
H 2 0	年 月		
H 2 0	年 月		
H 2 0	年 月		

【送付先】

所在地 〒700-8546 岡山市北区鹿田町一丁目1番1号
 岡山市保健福祉局障害・生活福祉部
 生活保護・自立支援課 医療扶助適正化係

連絡先 電話 086-803-1244
 FAX 086-803-1721