|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 井原市長　様 |  | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （保険者番号：332072） |  | 事業所名称 |  |
|  | 令和　　　年　　　月　　　日 | 事業所所在地 | 〒 |
|  | （　　　枚中　　　枚目） | 連絡先 | TEL：FAX：　　　　　　　　　　　（担当：　　　　　　） |
| 　過誤対象となるサービス費 | * 介護給付費　・　□介護予防・日常生活支援総合事業費
 |  |
| 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　（具体的に記入してください） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月 |  |  |  |  |  |

***※申立書の提出は、郵送または直接介護保険課窓口へお願いします。（ＦＡＸ不可）***