介護給付費過誤申立書

岡山市　　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	ｻｰﾋﾞｽ提供年月	ｻｰﾋﾞｽ費の明細書の名称 ※サービス区分が分かるよう記入のこと	申立事由　（具体的に）
H20	年　月		
H20	年　月		
H20	年　月		
H20	年　月		
H20	年　月		
H20	年　月		
H20	年　月		

【送付先】

所在地　〒700-8544 岡山市北区大供一丁目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