様式第５４号の３（第７０条の６関係）

（申立人　→　上三川町）

介護（予防）給付費及び介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

事業所番号	
事 業 所 名	
所　在　地	〒
連　絡　先	電話番号

上三川町長　様

下記の介護（予防）給付費及び介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てします。　　年　　月　　日

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
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		