介護給付費過誤申立書

（あて先）

綾　瀬　市　長

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　年　　月　　日

事業所名	
所在地	〒
連絡先	（TEL）　　（担当）

事業所番号

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		

※支払額が過誤調整額を下回った場合においては、神奈川県国民健康保険団体連合会が発行する納入通知書により差額をお支払いいただく場合があります。