

事業所 ⇒ 保険者

### 過誤申立書 【再請求：有・無】

保険者番号 1 3 1 0 6 0

保険者名 台東区 御中

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

申立年月日 年 月 日

番号	被保険者番号										フリガナ	サービス提供月	申立事由 コード	申立事由
											被保険者氏名			
1	0	0	0											
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

\*介護給付に係る過誤申立書です。障害福祉サービスの過誤はできません。

保険者 台東区役所 介護保険課 給付担当  
 電話番号 03(5246)1249  
 FAX番号 03(5246)1229