令和　　年　　月　　日

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立依頼書

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒□□□－□□□□
担当者名	
連絡先	電話番号

呉　市　長　　殿

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について，広島県国民健康保険団体連合会に対する過誤の申し立てを依頼します。

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		
	年　月		