

年 月 日

長柄町長 様

事業所名 : 印
代表者名 :
事業者コード :
所在地 :
連絡先 :

介護給付費過誤申立依頼書

標記の件につきまして、別紙のとおり介護保険給付費請求の過誤がありました。

つきましては、千葉県国民健康保険団体連合会に対して、過誤の申立てをしていただきますよう、お願い申し上げます。