令和　　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。