

過誤申立書（介護給付費）

【再請求：有 無】

P

品川区 あて

申立年月日 年 月 日

事業者番号									
名 称									
電話番号									
FAX番号									
担当者名									

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号	フリガナ 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
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

(注意)

- ※ Hで始まる被保険者番号の過誤は生活福祉課 保護事務係の扱いです。
- ※ 提出締切: 毎月15日(15日が土日・祝日の場合は直前の開庁日) 必着

保険者
 品川区高齢者福祉課 介護給付係
 電話 03-5742-6927
 〒140-8715 品川区広町2-1-36