

令和 年 月 日

(あて先) 高槻市長

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

担当者/連絡先 _____

平成・令和 年 月分～平成・令和 年 月分
介護保険給付費等過誤申立依頼届出書

標記の件につきまして、関係書類を添付し、過誤申立を依頼します。

添付書類

平成・令和 年 月分～平成・令和 年 月分
介護保険給付費等過誤申立依頼票

過誤申立の種類に○印をつけてください。

過 誤 (取り下げのみ)	同 月 過 誤 (取り下げ後、再請求を行う)
----------------------------	--------------------------------------