年　　月　　日

取手市高齢福祉課　様

介護給付費過誤申立書

事業所名
所在地
電話番号
事業所番号

下記の介護給付費について過誤申し立てします。

サービス提供月	被保険者番号	被保険者名	サービス内容	過誤申立理由