事業者　→　保険者

介　護　給　付　費　過　誤　申　立　依　頼　書

勝山市長　殿

事業者名
代表者名　　㊞

下記の介護給付について取り下げたいので、過誤申立を依頼します。　　令和　　年　　月　　日

事　業　所　番　号	被保険者番号 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