

平成 年 月 日

長南町長 様

事業者名  
代表者名  
所在地  
連絡先  
担当

印

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、別紙一覧表のとおり過誤  
の申立をしていただきますよう、お願い申し上げます。