

年 月 日

## 介護給付費過誤調整依頼書

松 戸 市 長

事業所番号	
事業者名称	
所在地	〒
連絡先 [担当者名]	☎

下記の介護給付について、過誤調整を依頼します。

NO	被保険者番号	(フリガナ) 被保険者氏名	サービス 提供年月	サービス種類名	申立事由コード	申 立 事 由
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

<送付先> 〒271-8588 松戸市根本387-5 松戸市介護保険課 給付班