

介 護 給 付 費 過 誤 申 立 依 頼 書

令和 年 月 日

横芝光町長 様

事業所番号	1	2	3	4	5	×	×	×	×	×
事業所名	○○○○○○○ 印									
連絡先	□□□□-□□-□□□□									

下記の介護給付について、過誤の申立を依頼します。

[illegible]