別紙__介護給付費　　事業所番号:　　令和　年　月　日

被保険者番号	氏　　名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由	サービスコード	保険請求額（誤）	保険請求額（正）

※ 行が足りない場合は、適宜、行を追加してください。（件数が多い場合もシートを分けず、この表に行を追加して作成してください。）