

事業所 → 保険者

(通常過誤・同月過誤)

※ 該当に印をつけること

保険者番号	3	6	4	0	4	2
保 険 者 名	板 野 町					

板 野 町 長 様

令和 年 月 日

請 求 実 績 取 り 下 げ 申 立 書

事業所番号									
事業所名									事業 所印
所在地	〒								
連絡先									
担当者名									

下記の介護給付について、取り下げを申し立てます。

No.	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		過 誤 と な っ た 理 由 (具体的に記入してください)	誤った 請求単位数	正しい 請求単位数
			様式	理由			
1		令和 年 月					
2		令和 年 月					
3		令和 年 月					
4		令和 年 月					
5		令和 年 月					
6		令和 年 月					
7		令和 年 月					
8		令和 年 月					

	枚目中		枚目
--	-----	--	----