

介護給付費請求取下げ申立書

令和 年 月 日

保険者番号	2	2	2	1	9	0
保険者名	下田市					

下記の介護給付について、請求取り下げを申し立てます。

事業所番号									
事業所名称									
所在地	〒				-				
電話番号									

	被保険者番号										被保険者名		サービス 提供年月	申立事由コード				申立事由			
														様式番号		申立事由					
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							
9												令和	年	月							
10												令和	年	月							

様式番号

様式第二	10	様式第三	21	様式第四	22	様式第五	23	様式第四の三	2A	様式第六	30
様式第二の二	11	様式第三の二	24	様式第四の二	25	様式第五の二	26	様式第四の四	2B	様式第六の二	31
様式第六の三	32	様式第六の五	34	様式第六の七	36						
様式第六の四	33	様式第六の六	35								
様式第七	40	様式第八	50	様式第九	60	様式第九の二	61	様式第十	70		
様式第七の二	41										

申立事由

02
請求誤りによる
実績取下げ

99
その他の事由による実