## 介護給付費明細書請求(取り下げ)依頼書

通常過誤か同月過誤のどちらかを〇印で囲んでください。どちらにも印がない場合は、通常過誤として取り扱います。

## 通常過誤

## 申立依頼書

同月過誤

令和 年 月 E

神崎郡市川町長 様 保険者番号:28442												<b>∤</b> □	午	Я	Ħ
事業所番号											電話				
所在地				•								1			
名称											担当者				
									印						
下記の介護給付	費明細	書を返	ヌ戻し^	て下さ	い。	記									
サービス提供月															
被保険者番号								サービス種別コード							
被保険者氏名									サービス種類名						
取下げ依頼時由															
サービス提供月															
被保険者番号									サービス種別コード						
被保険者氏名								サービス種類名							
取下げ依頼時由															
サービス提供月															
————————— 被保険者番号								サーヒ	サービス種別コード						
被保険者氏名								サービス種類名							
取下げ依頼時由															
サービス提供月															
被保険者番号								#	で種別	ド					
被保険者氏名								サービス種別コード サービス種類名							
取下げ依頼時由								<u> </u>		. Ж.					
St. 1 - 1 Industry	ļ														
サービス提供月															
被保険者番号								サービス種別コード							
被保険者氏名								サー	ビス種	類名					
取下げ依頼時中															