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　　日

神崎郡市川町長　様　　保険者番号：28442

事業所番号											電話	
所在地 名称　　印											担当者	

下記の介護給付費明細書を返戻して下さい。

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			