介護給付費過誤申立依頼書

三原市保健福祉部
高齢者福祉課介護保険係　　様

事業者番号	
事業者名	
所在地	〒
連絡先	

処理方法
□ 同月処理（審査月　　月）
□ 通常処理

下記の介護給付について，請求取下げをします。　　年　　月　　日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	ｻｰﾋﾞｽ提供年月	申立事由ｺｰﾄﾞ	申立事由
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		