

介護給付費 過誤取下げ依頼書

木曾広域連合長 様

年 月 日

事業所コード	
--------	--

所在地
電話番号
事業所名
担当者名

保険者番号							
年 月分	フリガナ						
(提出月 月分)	被保険者氏名						
被保険者番号	0 0					請求点数 :	点
取下げ理由				サービスの種類			申し立てコード
年 月分	フリガナ						
(提出月 月分)	被保険者氏名						
被保険者番号	0 0					請求点数 :	点
取下げ理由				サービスの種類			申し立てコード
年 月分	フリガナ						
(提出月 月分)	被保険者氏名						
被保険者番号	0 0					請求点数 :	点
取下げ理由				サービスの種類			申し立てコード
年 月分	フリガナ						
(提出月 月分)	被保険者氏名						
被保険者番号	0 0					請求点数 :	点
取下げ理由				サービスの種類			申し立てコード