

介護予防・日常生活支援総合事業費 請求取下げ申立書

令和 年 月 日

保険者番号	2	2	2	2	5	7
保険者名	伊豆の国市					

事業所番号									
事業所名称									
担当者									
所在地	〒								
電話番号									

下記の介護予防・日常生活支援総合事業について、請求取り下げを申し立てます。
 また、当該申し立てにより、伊豆の国市が被保険者に対し、既に支給した事業費等に返還金が発生する場合、当事業所が被保険者に返還する利用者負担額等と事業費等返還金を調整します。

No.	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	再請求
				様式番号	申立事由		
1			年 月				同・増・減・無
2			年 月				同・増・減・無
3			年 月				同・増・減・無
4			年 月				同・増・減・無
5			年 月				同・増・減・無
6			年 月				同・増・減・無
7			年 月				同・増・減・無
8			年 月				同・増・減・無
9			年 月				同・増・減・無
10			年 月				同・増・減・無

様式番号

様式第二の三	10
--------	----

(介護予防・日常生活支援総合事業費明細書)

様式第七の三	20
--------	----

(介護予防ケアマネジメント費)

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績の取下げ
----	--------------	----	-----------------