

介護給付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									

下記の介護給付について、請求取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、既に支給した介護給付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介護給付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	様式二	10	様式二の二	11	様式第三	21	様式第三の二	24
	様式第四	22	様式第四の二	25	様式第五	23	様式第五の二	26
	様式第四の三	2A	様式第四の四	2B	様式第六	30	様式第六の二	31
	様式第六の三	32	様式第六の四	33	様式第六の五	34	様式第六の六	35
	様式第六の七	36	様式第七	40	様式第七の二	41	様式第八	50
	様式第九	60	様式第九の二	61	様式第十	70		

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