

# 請求実績取り下げ申立書

吉野川市長 様

保険者番号 362053

事業所番号	
事業所名称	印
電話番号	
担当者氏名	

下記の介護給付について、取り下げを申し立てます。

令和 年 月 日

番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	サービス種類 または様式番号	申立理由 (該当する事由に○)	高額介護サービス費 の該当(保険者記入)
1			平成 年 月		1 請求誤りのため(過少請求・過剰請求) 2 サービスの実績がないため。 3 その他 ( )	あり・なし
2			平成 年 月		1 請求誤りのため(過少請求・過剰請求) 2 サービスの実績がないため。 3 その他 ( )	あり・なし
3			平成 年 月		1 請求誤りのため(過少請求・過剰請求) 2 サービスの実績がないため。 3 その他 ( )	あり・なし
4			平成 年 月		1 請求誤りのため(過少請求・過剰請求) 2 サービスの実績がないため。 3 その他 ( )	あり・なし
5			平成 年 月		1 請求誤りのため(過少請求・過剰請求) 2 サービスの実績がないため。 3 その他 ( )	あり・なし
6			平成 年 月		1 請求誤りのため(過少請求・過剰請求) 2 サービスの実績がないため。 3 その他 ( )	あり・なし
7			平成 年 月		1 請求誤りのため(過少請求・過剰請求) 2 サービスの実績がないため。 3 その他 ( )	あり・なし
8			平成 年 月		1 請求誤りのため(過少請求・過剰請求) 2 サービスの実績がないため。 3 その他 ( )	あり・なし
9			平成 年 月		1 請求誤りのため(過少請求・過剰請求) 2 サービスの実績がないため。 3 その他 ( )	あり・なし
10			平成 年 月		1 請求誤りのため(過少請求・過剰請求) 2 サービスの実績がないため。 3 その他 ( )	あり・なし