

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									
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)
1												平成 令和 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 令和 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 令和 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 令和 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 令和 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 令和 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 令和 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 令和 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 令和 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 令和 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

事業所→保険者

請求実績取り下げ申立書

[illegible]