

事業所→徳島市

介護予防・日常生活支援総合事業費 請求取下申立書

保険者番号 3 6 2 0 1 2

保険者名 徳島市 殿

下記の介護予防・日常生活支援総合事業について、取り下げを申し立てます。
令和 年 月 日

取り下げ処理の種類

通常処理 ・ 同月処理

※同月処理で取り下げを行う場合は事前に連絡が必要となります。

事業所番号							
事業所名	印						
住所							
担当者名							
電話番号							

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	様式番号	申立事由 (取り下げする請求実績と理由をご記入ください)	再請求 有無	再請求後の 単位数
0 0 0	令和 年 月		サービス単位数誤: 位 → 正: 単位	有	増 減 変更なし
0 0 0	令和 年 月		サービス単位数誤: 位 → 正: 単位	有	増 減 変更なし
0 0 0	令和 年 月		サービス単位数誤: 位 → 正: 単位	有	増 減 変更なし
0 0 0	令和 年 月		サービス単位数誤: 位 → 正: 単位	有	増 減 変更なし
0 0 0	令和 年 月		サービス単位数誤: 位 → 正: 単位	有	増 減 変更なし

様式番号	請求明細書様式
10	様式第2の3
20	様式第7の3