

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

令和 年 月 日

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。

事業所番号	
事業所名	印
所在地	
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	平成 年 月		誤: 単位 → 正: 単位	有	増減 変更なし
	令和			無	
0 0 0	平成 年 月		誤: 単位 → 正: 単位	有	増減 変更なし
	令和			無	
0 0 0	平成 年 月		誤: 単位 → 正: 単位	有	増減 変更なし
	令和			無	
0 0 0	平成 年 月		誤: 単位 → 正: 単位	有	増減 変更なし
	令和			無	
0 0 0	平成 年 月		誤: 単位 → 正: 単位	有	増減 変更なし
	令和			無	

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

R1.5