

事業所→徳島市

介護給付費 請求実績取下申立書

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)給付について、取り下げを申し立てます。 令和 年 月 日

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
11	様式第2の2
21	様式第3
24	様式第3の2
22	様式第4
25	様式第4の2
23	様式第5
26	様式第5の2
30	様式第6
31	様式第6の2
32	様式第6の3
33	様式第6の4
34	様式第6の5
35	様式第6の6
36	様式第6の7
40	様式第7
41	様式第7の2
50	様式第8
60	様式第9
70	様式第10