

事業所 → 保険者

介護給付費請求取下（過誤申立）申請書

同月過誤　・　再請求分

辰野町長様

下記の介護給付請求について、過誤がありましたので、取下げを申請します。

令和 年 月 日

事業所番号	
事業所名	
所在地	
電話番号	

[illegible]