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					

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	取 下 事 由 (過誤理由)	様式番号
	平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月		