事業所→保険者

同月過誤取下用介護給付費過誤申立書

土 佐 清 水 市 長　　様

事業所番号	
事業所名	
所在地	
電話番号	
担当者名	

つぎの介護給付について、同月過誤取り下げを申し立てます。

令和　　年　　月　　日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	備　考
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		