**介護給付費取下げ依頼書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先担当者 | ℡担当： |

（様式名称及び申立事由コード）

様式第2…1002　様式第2の2…1102　様式第3…2102　様式第3の2…2402

様式第4…2202　様式第4の2…2502　様式第5…2302　様式第5の2…2602

様式第6…3002　様式第6の2…3102　様式第6の3…3202様式第6の4…3302

様式第6の5…3402　様式第6の6…3502　様式第7…4002　様式第7の2…4102

様式第8…5002　様式第9…6002　様式第10…7002

※同月過誤の場合は、申立事由コードの下２桁が**99**となる

日立市介護保険課長 殿

下記の介護給付について、実績取下げの過誤申立をお願いします。　令和 年　 月　 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | 被保険者番号 | サービス提供年月 | 介護給付費明細書様式名称及び申立事由コード | 取下げ理由 |
| 被保険者氏名（カナ） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　 年　 月 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　 年　 月 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　 年　 月 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　 年　 月 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　 年　 月 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　 年　 月 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　 年　 月 |  |  |
|  |

※ 毎月１０日までに提出してください｡それより後の提出分については翌月扱いになります｡