**総合事業取下げ依頼書**

|  |  |
| --- | --- |
| 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の3…1002

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 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成　　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｡