

介護予防・日常生活支援総合事業費 請求取下げ申立書

令和 年 月 日

保険者番号	2	2	3	0	4	0
保険者名	南伊豆町					

事業所番号							
事業所名称							
所在地	〒			-			
電話番号							

下記の介護予防・日常生活支援総合事業について、請求取り下げを申し立てます。

No.	被保険者番号	被保険者名	サービス 提供年月	申立事由コード		申立事由
				様式番号	申立事由	
1			令和 年 月			
2			令和 年 月			
3			令和 年 月			
4			令和 年 月			
5			令和 年 月			
6			令和 年 月			
7			令和 年 月			
8			令和 年 月			
9			令和 年 月			
10			令和 年 月			

様式
番号

様式第二の三	10
--------	----

(介護予防・日常生活支援総合事業費明細書)

様式第七の三	20
--------	----

(介護予防ケアマネジメント費)

申立
事由

02	請求誤りによる 実績取下げ	99	その他の事由による実 績の取下げ
----	------------------	----	---------------------