介護給付費の請求実績取り下げ（過誤申立）依頼書

事業所名	
所在地	〒
代表者名	
連絡先電話番号	
担当者名	

寒 川 町 長　様

下記の介護給付費の請求について、取り下げを依頼します。

給

令和　年　月　日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申請事由コード	申立事由
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		