令和　　年　　月　　日

阿智村役場

介護保険担当者　様

【　　再請求　　　：　 有　・　無 　】

【　　同月過誤　　・　　通常過誤　　】

事業所名

連絡先

事業所番号

過誤申立書

下記の介護給付費請求について、取り下げ依頼いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス提供月 | 申立事由コード |
| 1 |  |  |  |  |
| 申立事由 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス提供月 | 申立事由コード |
| 2 |  |  |  |  |
| 申立事由 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス提供月 | 申立事由コード |
| 3 |  |  |  |  |
| 申立事由 |  | | |