

島田市長

記入例

介護給付費 請求取下申立書

保険者番号	2	2	2	0	9	1
保険者名	島田市					

令和 5年 4月 1日

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
事業所名称	島田テイサービス									
電話番号	0547-34-3287									
FAX番号	0547-37-8200									
担当者氏名	島田 太郎									

下記の介護給付について、請求取り下げを申し立てます。

	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(具体的に記入してください)				
									年	月	様式番号	申立事由					
1	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	島田 次郎	令和4年2月	1	0	0	2	加算の算定誤りによる減算
2	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	島田 三郎	令和4年1月	1	0	0	2	加算の請求漏れ
3												年	月				
4												年	月				
5												年	月				
6												年	月				
7												年	月				
8												年	月				
9												年	月				
10												年	月				

様式第二	10	様式第三	21	様式第四	22	様式第五	23	様式第四の三	2A	様式第六	30
様式第二の二	11	様式第三の二	24	様式第四の二	25	様式第五の二	26	様式第四の四	2B	様式第六の二	31

様式番号

様式第六の三	32	様式第六の五	34	様式第六の七	36
様式第六の四	33	様式第六の六	35		

様式第七	40	様式第八	50	様式第九	60	様式第九の二	61	様式第十	70
様式第七の二	41								

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