

## 介護予防・日常生活支援総合事業費 請求取下げ申立書

年 月 日

|       |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険者名  |  |  |  |  |  |  |  |

|       |   |  |  |  |  |  |  |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|
| 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   |        |       | 年 月      |         |      |      |
| 2   |        |       | 年 月      |         |      |      |
| 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 |
|----|--------------|----|-----------------|