

介護（介護予防）給付費請求取り下げ申立書

平成 年 月 日

保険者番号	2	2	3	4	4	6
保険者名	小山町					

事業所番号									
事業所名称									
所在地				-					
連絡先	電話番号								

下記の介護給付について、請求取り下げを申し立てます。

番号	被保険者番号	被保険者名	サービス提供月	申立事由コード	
				様式番号	申立理由
1			平成 年 月 日		
2			平成 年 月 日		
3			平成 年 月 日		
4			平成 年 月 日		
5			平成 年 月 日		
6			平成 年 月 日		
7			平成 年 月 日		
8			平成 年 月 日		
9			平成 年 月 日		
10			平成 年 月 日		

様式番号

様式番号	様式名称
1 1	介護予防サービス給付費明細書（訪問通所区分介護予防サービス / 居宅療養管理指導）
2 4	介護予防サービス費報酬明細書（介護予防短期入所生活介護）
2 5	介護予防サービス費報酬明細書（介護予防老人保険移設型短期入所療養介護）
2 6	介護予防サービス費報酬明細書（介護予防病院療養型短期入所療養介護）
3 1	介護予防サービス介護給付費明細書（介護予防認知症対応型共同生活）
4 1	介護予防サービス計画報酬明細

請求明細書の様式番号とは異なることに留意すること

申立理由

申立理由番号	申立理由
0 1	台帳誤り修正による過誤調整
0 2	請求誤りによる実績取り下げ
4 2	適正化による保険者申立ての過誤戸利下げ
9 9	その他の事由による実績の取り下げ

取り下げの経緯（具体的に記入）