

介護給付費請求取り下げ申立書

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			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		様式名称	
様式番号	様式名称	様式番号	様式名称
10	居宅介護サービス給付費明細書(訪問通所区分介護サービス/居宅療養管理指導)		
21	居宅介護サービス費報酬明細書(短期入所生活介護)		
22	居宅介護サービス費報酬明細書(老人保険移設型短期入所療養介護)		
23	居宅介護サービス費報酬明細書(病院療養型短期入所療養介護)		
30	居宅サービス介護給付費明細書(認知症対応型共同生活)		
40	居宅介護サービス計画報酬明細		
50	施設サービス等介護給付費明細書(介護老人福祉施設)		
60	施設サービス等介護給付費明細書(介護老人保健施設)		
70	施設サービス等介護給付費明細書(介護療養型医療施設)		

※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
01	台帳誤り修正による過誤調整
02	請求誤りによる実績取り下げ
42	適正化による保険者申立ての過誤取り下げ
99	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)