

介護（介護予防）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
11	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）
24	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）
25	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）
26	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）
31	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）
41	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
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）