

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	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。

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)

申立理由

02	請求誤りによる実績取り下げ
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)