

介護給付費請求取り下げ申立書

保険者番号	2	2	2	1	0	9
保険者名	富士市					
FAX番号	0545-51-0321					

事業所番号								
事業所名称								
所在地	〒							
電話番号								
担当者氏名								

下記の介護給付について、請求取り下げを申し立てます。 申立年月日 年 月 日

(1 枚目 / 枚中)

番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月日	申立事由コード 様式番号・申立理由	取り下げ理由	再請求予定
1			年 月			有・無
2			年 月			有・無
3			年 月			有・無
4			年 月			有・無
5			年 月			有・無
6			年 月			有・無
7			年 月			有・無
8			年 月			有・無