

年 月 日

小 郡 市 長 様

事業所番号										
事業所名称										
代表者										印
連絡先										
担当者名										

〔 介護給付費請求書 〕 の取消依頼について
〔 介護給付費明細書 〕

下記の被保険者分につき、介護報酬の請求に係る提出書類の取消を依頼いたします。

記

証記載保険者番号											
被保険者番号											
被保険者氏名											
サービス提供年月											
請求年月											
明細書様式											
申立事由コード					通常・同月						
	※希望する処理方法に○を付けてください。										
取消事由											

※ 取消依頼書を提出するに当たっては、国保連合会に提出した介護給付費明細書（伝送・磁気での請求の場合は印刷したもの）の写しを添付のうえ過誤の箇所にマーキングして提出してください。