介護給付費請求取り下げ申立書

別紙

事業所番号										
事業所名称										

（　　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
												年　月						有・無
												年　月						有・無
												年　月						有・無
												年　月						有・無
												年　月						有・無
												年　月						有・無
												年　月						有・無
												年　月						有・無
												年　月						有・無
												年　月						有・無