

事業所→徳島市

介護予防・日常生活支援総合事業費 請求取下申立書

保険者番号

3	6	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

保険者名

徳島市 殿

下記の介護予防・日常生活支援総合事業について、取り下げを申し立てます。

令和	年	月	日
----	---	---	---

取り下げ処理の種類

通常処理	・	同月処理
------	---	------

※同月処理で取り下げを行う場合は事前に連絡が必要となります。

事業所番号	
事業所名	
所在地	
担当者名	
電話番号	

被保険者番号	サービス提供年月	様式番号	申立事由	再請求有無	再請求後単位数
被保険者氏名					
0 0 0	令和 年 月		サービス単位 誤： 単位 → 正： 単位	有 無	増減 変更なし
0 0 0	令和 年 月		サービス単位 誤： 単位 → 正： 単位	有 無	増減 変更なし
0 0 0	令和 年 月		サービス単位 誤： 単位 → 正： 単位	有 無	増減 変更なし
0 0 0	令和 年 月		サービス単位 誤： 単位 → 正： 単位	有 無	増減 変更なし
0 0 0	令和 年 月		サービス単位 誤： 単位 → 正： 単位	有 無	増減 変更なし

様式番号	請求明細書様式
10	様式第2の3
20	様式第7の3