

介護給付費請求取り下げ申し立て書

年 月 日

保険者番号	2	2	3	0	6	5
保険者名	西伊豆町					

事業所番号									
事業所名称									
所在地	〒								
電話番号									

下記の介護給付費について、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

様式番号	様式名称
10	居宅介護サービス給付費明細書(訪問通所 区分介護サービス/居宅療養管理指導)
11	介護予防サービス給付費明細書(訪問通所 区分介護サービス/居宅療養管理指導)
21	居宅介護サービス費報酬明細書(短期入所 生活介護)
22	居宅介護サービス費報酬明細書(老人保健 施設型短期入所療養介護)
23	居宅介護サービス費報酬明細書(病院療養 型短期入所療養介護)
24	介護予防サービス費報酬明細書(短期入所 生活介護)
25	介護予防サービス費報酬明細書(老人保健 施設型短期入所療養介護)
26	介護予防サービス費報酬明細書(病院療養 型短期入所療養介護)
30	居宅介護サービス介護給付費明細書(認知症 対応型共同生活介護/特定施設入居者生活介護)
40	居宅介護サービス計画報酬明細
41	介護予防サービス計画報酬明細
50	施設サービス等介護給付費明細書(介護老人 福祉施設)
60	施設サービス等介護給付費明細書(介護老人 保健施設)
70	施設サービス等介護給付費明細書(介護療養 型医療施設)

申立理由

申立理由番号	申立理由
01	台帳誤り修正による過誤調整
02	請求誤りによる実績取下げ
99	その他の事由による実績の取下げ