

太宰府市長 様

事業所番号										
事業所名称										
代表者名	⑩									
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	4	0	2	2	1	4	/			
被保険者番号										
被保険者氏名										
サービス提供年月	年 月分									
請求年月	年 月									
明細書様式	様式第 号									
申立事由コード					/					
今回取消金額	円									
再請求予定金額	円									
差引き返還金額	円									
取消事由	※できるだけ 詳しく記載してください									

※取消依頼書を提出するにあたっては、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。

<お願い> 取消に至った経過で該当するものがあれば○をしてください。・ 県による実地指導 ・ 保険者による適正化事業