事業所　→　保険者

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書請求（取り下げ）依頼書

　　　　赤穂市　　　　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話 | －　　　　－ | | |
| 所在地  名　称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 取下サービス | 訪問型ｻｰﾋﾞｽ費 通所型ｻｰﾋﾞｽ費　その他の生活支援ｻｰﾋﾞｽ費　　　　　介護予防ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ費　その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | 担当 |  |

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費明細書を返戻してください。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 取下方法 | １．通常過誤取り下げ　　２．同月過誤取り下げ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供年月 | 年　　　月 | 利用者氏名 |  |  |
| 保険者番号 | 282129 | 公費負担者番号 |  | |
| 被保険者番号 |  | 受給者番号 |  | |
| 取り下げ依頼事由 |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供年月 | 年　　　月 | 利用者氏名 |  |  |
| 保険者番号 | 282129 | 公費負担者番号 |  | |
| 被保険者番号 |  | 受給者番号 |  | |
| 取り下げ依頼事由 |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供年月 | 年　　　月 | 利用者氏名 |  |  |
| 保険者番号 | 282129 | 公費負担者番号 |  | |
| 被保険者番号 |  | 受給者番号 |  | |
| 取り下げ依頼事由 |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供年月 | 年　　　月 | 利用者氏名 |  |  |
| 保険者番号 | 282129 | 公費負担者番号 |  | |
| 被保険者番号 |  | 受給者番号 |  | |
| 取り下げ依頼事由 |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供年月 | 年　　　月 | 利用者氏名 |  |  |
| 保険者番号 | 282129 | 公費負担者番号 |  | |
| 被保険者番号 |  | 受給者番号 |  | |
| 取り下げ依頼事由 |  | | | |