令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名称 | 印 |
| 代表者名 |  |
| 連絡先 |  |
| 担当者名 |  |

福津市長様

（介護給付費請求書・介護給付費明細書）の取消依頼について

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 |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | |
| サービス提供年月 |  | | | | | | | | | | |
| 請求年月 |  | | | | | | | | | | |
| 明細書様式 |  | | | | | | | | | | |
| 申立事由コード |  |  |  |  | 同月・通常　　　　　※いずれかに〇 | | | | | | |
| 取消事由 |  | | | | | | | | | | |

※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）の写しを添付の上、過誤の箇所にマーキングして提出してください。