**介護給付費過誤取り下げ依頼書**　　（　　　枚中　　枚目）

事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

西目屋村長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連 絡 先

下記の介護給付について、過誤の取下げを依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者番号 | 被保険者番号　　 被保険者氏名 | サービス提供月 | サービスの種類 | 申立事由 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月 |  |  |
|  |