

年 月 日

大野城市長 宛

事業所番号									
事業所名称									
代表者名									
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	1	9	8				
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										
取消事由										

※ 取消依頼書を提出するに当たっては、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。