# 介護給付費過誤申立（取下げ）書

（あて先）山県市長

申立年月日：

□ 通常　　□ 同月（注）

| | | |
|---|---|---|
| 請求事業者 | 事業所番号 | |
| | 事業所の名称 | |
| | 所在地 | |
| | 電話番号 | |

| | |
|---|---|
| 証記載市町村番号 | 212159 |
| 証記載市町村名 | 山県市 |

下記の利用者にかかる請求の取下げを依頼します。

| 被保険者番号 | 被保険者名（カナ） | サービス提供年月 | 請求点数（修正前） | 申立事由 |
|---|---|---|---|---|
| | | 年　月 | | □請求誤りによる<br>□その他の事由（　　） |
| | | 年　月 | | □請求誤りによる<br>□その他の事由（　　） |
| | | 年　月 | | □請求誤りによる<br>□その他の事由（　　） |
| | | 年　月 | | □請求誤りによる<br>□その他の事由（　　） |
| | | 年　月 | | □請求誤りによる<br>□その他の事由（　　） |
| | | 年　月 | | □請求誤りによる<br>□その他の事由（　　） |
| | | 年　月 | | □請求誤りによる<br>□その他の事由（　　） |

（注）　同月過誤を希望する場合は、必ずチェックを入れ月末までに提出してください。