

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	年 月 日		
過誤の種類	☐ 通常 ☐ 同月		
費用の種類	☐ 介護給付費（介護予防） ☐ 総合事業		
保険者番号	212159	保険者名	山県市

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	
	電話番号	

下記の利用者にかかる請求の取下げを依頼します。

[illegible]

(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。