

平成 年 月 日

古賀市長 あて

事業者番号										
事業者名称										
代表者名	印									
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

<input type="checkbox"/> 通常過誤	<input type="checkbox"/> 同月過誤
-------------------------------	-------------------------------

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	平成					年		月 分		
請求年月	平成					年		月		
明細書様式	様式第					号				
申立事由コード						/				
過誤種類 (いずれを○で囲む)	増		増額過誤 (今回取消し額<正しい請求額)							
	増減なし		公費負担者番号記入漏れの場合など							
	減		減額過誤 (今回取消し額>正しい請求額)							
取消事由										

※ 取消依頼書を提出するに当たっては、今回取消す誤請求分の介護給付費明細書と再請求分の介護給付費明細書の写し (今回取消す誤請求分の介護給付費明細書の写しに朱書きで訂正を明記する場合は不要)を添付してください。

※ 入金済か必ず確認して下さい。