事業所→保険者

【 同 月 】

同月過誤取下用介護給付費過誤申立書

香 美 市 長　様

令 和　　年　　月　　日

事業所番号	
事業所名	
所在地	
電話番号	
担当者名	

下記の介護給付について、同月過誤取り下げを申し立てます。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	申立事由コード	申立事由	再請求
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減
		平成 令和 年 月	1 2		増 同 減