平成　　年　　月　　日

介護保険　過誤申立依頼書

大多喜町長　様

下記の理由により、介護給付費の取下げを依頼します。

所　在　地	
事 業 者 名	
事業所番号	
代 表 者 名	㊞
電 話 番 号	

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	過誤となった理由 （具体的に記入）
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		