介護給付費請求実績取り下げ書

小浜市長 様

下記の介護給付について、請求実績の取り下げをお願いします。

令和 年 月 日

| 事業所番号 | | | | | | |
|-------|-----|--|--|--|--|--|
| 事業所名 | | | | | | |
| 所在地 | Ŧ | | | | | |
| 連絡先 | TEL | | | | | |

| 事業所番号 被保険者番号 被保険者氏名 | | サービス提供年月 | 月 申立事由コード 申立事由 |
|---------------------|--|--------------|--|
| | | 平成 年 月 | 月 |
| | | 平成 年 月 | 月 |
| | | 平成 年 月 | 月 |
| | | 平成 令和 年 月 | 月 月 |
| | | 平成 年 月 | F F F F F F F F F F F F F F F F F F F |
| | | 平成 年 月 | F F F F F F F F F F F F F F F F F F F |
| | | 平成 年 月 | A PLANTAGE OF THE PROPERTY OF |
| | | 平成 年 月 | A Laboratoria de la companya de la c |