介護給付費請求実績取り下げ書

事業所番号										
事業所名										
所在地	〒									
連絡先	TEL									

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	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	申立事由
		平成 令和　　年　　月		
		平成 令和　　年　　月		
		平成 令和　　年　　月		
		平成 令和　　年　　月		
		平成 令和　　年　　月		
		平成 令和　　年　　月		
		平成 令和　　年　　月		
		平成 令和　　年　　月		