**介護給付費過誤取り下げ依頼書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 担当者名 |  |

西目屋村長　殿

　　　年　　　月　　　日

下記の介護給付について、過誤の取下げを依頼します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者番号 | 被保険者番号　　 被保険者氏名 | サービス提供月 | サービスの種類 | 申立事由コード | 申立事由 |
| 様式番号 | 申立理由番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和　年　月 |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和　年　月 |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和　年　月 |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和　年　月 |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和　年　月 |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和　年　月 |  |  |  |  |  |  |
|  |