

記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

もとす広域連合

介護保険課 御中

事業所の名称 株式会社〇〇〇〇
所在地 〒〇〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地
電話番号 123-456-7890

※**公費**については該当する場合（生活保護等）のみ記入。

介護給付費過誤申立書

下記の理由により、介護給付費明細書を取り下げ願います。

事業所番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	サービス種類	福祉用具貸与 他	
サービス提供年月	平成・令和〇〇年〇〇月	請求（審査）年月	平成・令和〇〇年〇〇月	
保険者番号	21〇〇〇〇〇	被保険者番号	2〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
公費 負担者番号		公費 受給者番号		
ふりがな	かいご たろう	生 年 月 日		
氏 名	介護 太郎	明治・大正・昭和	〇〇年〇〇月〇〇日	
サービス単位数	〇〇〇単位	保険請求額	〇,〇〇〇円	利用者負担額 〇〇〇円
公費 請求額	円	再請求の有無	有り・無し	
取り下げの理由	請求誤りのため 等		※サービス単位数・保険請求額・利用者負担額は誤って請求した（修正前の）内容をそのまま記入すること。	