

年 月 日

直方市長 様

事業所番号	
事業所名称	
代表者名	印
連絡先	
担当者名	

介護給付費請求書

介護給付費明細書

の取消依頼について

下記の被保険者分につき、介護報酬の請求に係る提出書類の取消を依頼いたします。

記

証記載保険者番号	
被保険者番号	
被保険者氏名	
サービス 提供年月	年 月分
請求年月	年 月
明細書様式	様式 第 号
申立事由コード	
過誤種別	通常過誤 ・ 同月過誤（行政指導による返還）
取消事由	

※ 取消依頼書には、国保連合会に提出した介護給付費明細書(誤と記入)と再請求する予定の介護給付費明細書(正と記入)の写しに、過誤の箇所をマーキングして添付してください。

☐ 取消依頼申請書 ☐ 介護給付費に関する請求誤り結果報告書(内訳)

☐ 介護給付費明細書(誤) ☐ 介護給付費明細書(正)