

事業者→保険者

介護給付費請求取り下げ申立書

和気町長殿

下記の介護給付について、取り下げを申し立てます。

年 月 日

事業所番号									
事業所名及び 代表者名	印								
所在地	〒								
連絡先									

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	様式コード ※下記一覧から選択して記入	申 立 事 由
	年 月	2ケタのコード	
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		

様 式 コ ー ド			様 式 コ ー ド		
居宅介護	介護予防		居宅介護	介護予防	
10	11	様式第二・二の二（訪問通所区分・居宅療養管理・小規模多機能型）	34	35	様式第六の五・六の六（認知症対応型共同生活介護（短期利用型））
21	24	様式第三・三の二（短期入所生活介護）	36		様式第六の七（特定施設入居者生活介護（短期利用型））
22	25	様式第四・四の二（介護老人保健施設における短期入所療養介護）	40	41	様式第七・七の二（サービス計画費）
23	26	様式第五・五の二（病院又は診療所における短期入所療養介護）	50		様式第八（介護老人福祉施設）
30	31	様式第六・六の二（認知症対応型共同生活介護）	60		様式第九（介護老人保健施設）
32	33	様式第六の三・六の四（特定施設入所者生活介護（短期利用以外））	70		様式第十（介護療養型医療施設）