事業者→保険者

介護給付費請求取り下げ申立書

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | 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 |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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） |