

久留米市長 様

## 介護保険給付費請求取消依頼書

( 通常 ・ 同月 ) 過誤

※該当の方に○をつけてください

事業所番号	
事業所名	
所在地	
連絡先	
担当者名	

以下の介護給付について、介護報酬の請求の取消を依頼いたします。

番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	請求月	申立事由	保険者記入欄
1						
2						
3						
4						
5						
例	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	久留米 太郎	H26年12月	H27年1月	自主点検の結果、XXXXXX加算の算定要件を満たさないことが明らかになったため。	

※ 誤請求を確認できる書類（介護給付費明細書の写し）を添付してください。

事業所名：

(継紙)

番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	請求月	申立事由	保険者記入欄
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

※ 2枚目以降はこちらに記入してください。