

# 介護給付費請求取り下げ申立書

年 月 日

保険者番号	2	2	3	0	2	4
保険者名	河津町					

事業所番号									
事業所名称									
所在地	〒					-			
電話番号									

下記の介護給付について、請求取り下げを申し立てます。

番号	被保険者番号	被保険者名	サービス提供月	申立事由コード			
				様式番号	申立理由		
1			年 月				
2			年 月				
3			年 月				
4			年 月				
5			年 月				
6			年 月				
7			年 月				
8			年 月				
9			年 月				
10			年 月				