

年 月 日

筑後市長 様

事業者番号	
事業者名称	
代表者名	
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

過誤の請求方法	同月過誤				通常過誤				
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									
取消事由									

* 取消依頼書を提出するに当たっては、国保連合会に提出した介護給付費明細書（伝送・磁気での請求の場合は印刷したもの）の写しを添付のうえ過誤の箇所にマーキングして提出して下さい。