

取り下げ依頼書

年 月 日

証記載 保険者番号	23	2	0	3	3
証記載 保険者名	一宮市				

事業所番号									
事業所名称	印								
所在地									
電話番号	()				担当者名				

下記理由により、介護給付費等明細書を取り下げ願います。

番号	被保険者番号	被保険者名 (カタカナで記入)	サービス 提供年月	申立事由コード	
				様式番号	申立番号
1			年 月		
	取り下げ内容				
2			年 月		
	取り下げ内容				
3			年 月		
	取り下げ内容				
4			年 月		
	取り下げ内容				
5			年 月		
	取り下げ内容				
6			年 月		
	取り下げ内容				
7			年 月		
	取り下げ内容				
8			年 月		
	取り下げ内容				
9			年 月		
	取り下げ内容				
10			年 月		
	取り下げ内容				
11			年 月		
	取り下げ内容				
12			年 月		
	取り下げ内容				
13			年 月		
	取り下げ内容				
14			年 月		
	取り下げ内容				
15			年 月		
	取り下げ内容				