

# 介護給付請求取下げ依頼書 (過誤申立書)

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

下記の介護給付について、請求を取下げします。

申立年月日:            年        月        日

事業所番号	
事業所名称	印
電話番号	(        )        -
FAX番号	(        )        -
担当者名	

番号	被保険者番号					フリガナ 被保険者氏名				サービス提供月	申立事由コード				申立事由		
1	1	1	0	0	0						年	月					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
2	1	1	0	0	0						年	月					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
3	1	1	0	0	0						年	月					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
4	1	1	0	0	0						年	月					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
5	1	1	0	0	0						年	月					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
6	1	1	0	0	0						年	月					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
7	1	1	0	0	0						年	月					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
8	1	1	0	0	0						年	月					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
9	1	1	0	0	0						年	月					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
10	1	1	0	0	0						年	月					<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による <input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ

※ 本帳票は、各事業所が記載したものを保険者→連合会と経由します。

※ 市では、この帳票をもとに過誤申立情報を作成し、岐阜県国民健康保険団体連合会に提出します。

【保険者連絡先】 美濃加茂市健康福祉部高齢福祉課  
TEL 0574-25-2111