事業所 → 保険者

同月過誤取下用　介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

宿毛市長　様

事業所番号	
事業所名	㊞
所　在　地	〒
電 話 番 号	
担 当 者 名	

つぎの介護予防・日常生活支援総合事業費について、同月過誤取り下げを申し立てます。

年　　月　　日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	備 考
		年　月	10	
		年　月	10	
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		