

介護給付費等取下げ依頼書

市川市長

令和 年 月 日

請求事業者

事業者番号

事業者名称

所在地

連絡先電話番号

担当者

令和 年 月 日に 国保連合会へ提出した下記介護給付費(介護予防・日常生活支援総合事業費)請求の取下げを依頼します。

サービス提供年月	年 月	保 険 者 名	市 川 市
被 保 険 者 番 号		明 細 書 様 式 番 号	
被 保 険 者 氏 名		保 険 請 求 単 位 (決定された単位数)	
生 年 月 日			
【取下げ理由】(該当する理由に ✓ を記入し、下欄に詳細を記入してください)			
<input type="checkbox"/> 請求誤り			
<input type="checkbox"/> 適正化 (縦覧点検、医療突合、実地指導等によるもの)			
理由の詳細	〔 〕		

- ※ 保険請求単位は、国保連合会で審査決定済の単位(処遇改善加算等含む)を記入してください。
- ※ 同一の審査月に、過誤申立と給付管理票の修正等はいえませんが、提出時期を調整してください。
- ※ 取下げ対象とするサービス提供月や利用者が多数にわたる場合、提出方法等についてご相談ください。

【問合先】市川市介護福祉課 資格給付グループ 047-712-8541