

過誤申立依頼書(総合事業)

保険者番号	2 9 2 1 0 2	事業所番号	2 9 1 1 1 1 1 1 1 1
被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 2 3 4	事業所名	訪問介護 香芝
被保険者氏名	香芝 太郎		
サービス提供年月日	平成 3年 3月分 令和		
		電話番号	(0745) - 11 - 1111
		FAX番号	(0745) - 11 - 1111
		担当者名	田中

記入要

※該当する様式番号と申立理由番号を○で囲んで下さい。

・様式

区分	様式	サービス種類	明細書様式
総合事業	10	訪問型サービス 通所型サービス 生活支援サービス	様式第2-3

該当サービスに○

・申立理由

申立理由番号	申立理由	
02	請求誤りによる実績取り下げ	02 に○
99	その他事由による実績の取り下げ（	

・備考

受付印