過誤申立依頼書(総合事業)

保険者名 （市町村）	2 9
被保険者番号	
被保険者氏名	
サービス提供年月	平成 令和　　年　　月分

事業所番号	2 9
事業所名	
電話番号	（　　）　　－
FAX番号	（　　）　　－
担当者名	

※該当する様式番号と申立理由番号を〇で囲んで下さい。

・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
	20	介護予防ケアマネジメント費	様式第７－３

・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
99	その他事由による実績の取り下げ（　　）

・備考