介護給付費請求取り下げ申立書

年　　月　　日

保険者番号	2	2	2	1	5	8
保険者名	御殿場市					

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	

下記の介護給付について、請求取り下げを申し立てます。

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	
			様式番号	申立理由
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		