介護給付費請求取り下げ申立書

平成　　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	
											平成　年　月				
											平成　年　月				
											平成　年　月				
											平成　年　月				
											平成　年　月				
											平成　年　月				
											平成　年　月				
											平成　年　月				
											平成　年　月				
											平成　年　月				