

介護予防・日常生活支援総合事業費

請求取下申立書

藤枝市長

令和 年 月 日

保険者番号	2	2	2	1	4	1
保険者名	藤枝市					

事業所番号										
事業所名称										
電話番号										
FAX番号										
担当者氏名										

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、請求取下げを申し立てます。

	被保険者番号	被保険者名	サービス提供年月	申立事由コード		申立事由 (具体的に記入してください)
				様式番号	申立事由	
1			平成・令和 年 月			
2			平成・令和 年 月			
3			平成・令和 年 月			
4			平成・令和 年 月			
5			平成・令和 年 月			
6			平成・令和 年 月			
7			平成・令和 年 月			
8			平成・令和 年 月			
9			平成・令和 年 月			
10			平成・令和 年 月			

様式第二の三	10	様式第七の三	20
--------	----	--------	----

様式番号

申立事由

02
請求誤りによる 実績取下げ
99
その他の事由による 実績取下げ