

# 介護給付費取下依頼書

(あて先) 川崎市長

【生保10割者用】

次の者の介護給付費の請求の取り下げ手続きについて  
依頼します。

年 月 日

事業所番号	1	4	7	5	×	×	×	×	×	×
事業所名	川崎市介護保険事業所									
事業所所在地	〒×××-×××× 川崎市川崎区宮本町××番地									
T E L	044-200-××××			F A X			044-			

記入例

事業所名が同じであっても、サービス提供月と現在の事業所番号が異なる場合は、事業所番号ごとに取下依頼書を作成して下さい。

被保険者番号 被保険者氏名	生年月日	保険者番号	サービス提供 年月	提供した サービスの種類	明細様式 番号	申立事由
H 0 0 0 1 1 1 1 1 × 川崎 次郎	S 4 2 年 4 月 1 日	1 4 1 3 1 7	年 月	介護予防訪問介護	様式 二の二	<input checked="" type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取り下げ <input type="checkbox"/> その他の事由による実績の取り下げ
H 0 0 0 0 2 2 2 2 △ さいわい はなこ	S 4 4 年 4 月 1 日	1 4 1 3 2 5	年 月	訪問介護	様式 二	<input checked="" type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取り下げ <input type="checkbox"/> その他の事由による実績の取り下げ
H 0 0 1 1 1 1 1 1 △ ナカハラ タマコ	S 4 6 年 4 月 1 日	1 4 1 3 3 3	年 月	介護予防支援	様式 七の二	<input type="checkbox"/> 介護予防サービスと居宅サービスでは、明細様式番号が異なります。別紙の一覧表を参照して下さい。 <input checked="" type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取り下げ <input type="checkbox"/> その他の事由による実績の取り下げ
H 0 0 2 2 2 2 2 2 × 宮前 麻子	S 4 8 年 4 月 1 日	1 4 1 3 6 6	年 月	居宅介護	様式 七	<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取り下げ <input checked="" type="checkbox"/> その他の事由による実績の取り下げ
H 0 0 0 0 0 0 0 0 △ 神奈川 県子	S 5 0 年 4 月 1 日	4 1 3 7 4	年 月	訪問介護 訪問入浴 福祉用具貸与	様式 二	<input checked="" type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取り下げ <input type="checkbox"/> その他の事由による実績の取り下げ
	年 月 日	1 4 1 3	年 月			<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取り下げ <input type="checkbox"/> その他の事由による実績の取り下げ
	年 月 日	1 4 1 3	年 月			<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取り下げ <input type="checkbox"/> その他の事由による実績の取り下げ
	年 月 日	1 4 1 3	年 月			<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取り下げ <input type="checkbox"/> その他の事由による実績の取り下げ
	年 月 日	1 4 1 3	年 月			<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取り下げ <input type="checkbox"/> その他の事由による実績の取り下げ

氏名は、漢字でもひらがなでも  
カタカナでもかまいません。

保険者番号は、現在の保険者番号  
ではなく、サービス提供月におけ  
る保険者番号を記入して下さい。

同一被保険者であっても、  
サービス提供月、明細様式  
が異なる場合には、それぞ  
れ段を別にして記入して下  
さい。

複数のサービスを提供し  
ていても、様式番号が同じ  
であれば、別々には記入し  
ないで下さい。

印