平成　　年　　月　　日

福　津　市　長　　様

事業所番号	
事業所名称	印
代表者名	
連絡先	
担当者名	

（介護給付費請求書・介護給付費明細書）の取消依頼について

下記の被保険者分につき、介護報酬の請求に係る提出書類の取消を依頼いたします。

記

証記載保険者番号												
被保険者番号												
被保険者氏名												
サービス提供年月												
請求年月												
明細書様式												
申立事由コード					同月・通常　　※いずれかに〇							
取消事由												

※取消依頼書を提出するにあたっては、国保連合会に提出した介護給付費明細書（伝送・磁気での請求の場合は印刷したもの）の写しを添付の上、過誤の箇所にマーキングして提出してください。