

令和 年 月 日

みやこ町長 様

事業者番号	
事業者名称	
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	年 月 分								
請求年月	年 月								
明細書様式	様式第 号								
申立事由コード									
取消事由									

\* 取消依頼書を提出するに当たっては、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)の写しを添付のうえ過誤の箇所にマーキングして提出してください。\* 入金済か必ず確認してください。