

介護給付費請求取り下げ申立書

年 月 日

保険者番号	2	2	2	2	1	6
保険者名	湖西市					

事業所番号									
事業所名称									
所在地	〒								
電話番号									

下記の介護給付について、請求取り下げを申し立てます。

番号	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	
				様式番号	申立理由
1			年 月		
2			年 月		
3			年 月		
4			年 月		
5			年 月		
6			年 月		
7			年 月		
8			年 月		
9			年 月		
10			年 月		

様式番号

10 訪問介護 通所介護 認知症型通所 訪問入浴 通所リハ 福祉貸与 訪問看護 訪問リハ 療養管理 特別給付 小規模多機能	11 予防訪問介護 予防通所介護 予防認知症型通所 予防訪問入浴 予防通所リハ 予防福祉貸与 予防訪問看護 予防訪問リハ 予防療養管理 予防特別給付 予防小規模多機能
21 短期生活	24 予防短期生活
22 短期老健	25 予防短期老健
23 短期医療	26 予防短期医療
30 認知症型	31 予防認知症型
32 特定施設 地域特定施設	33 予防特定施設
34 認知症型短期	35 予防認知症型短期
40 居宅支援	41 予防支援
50 福祉施設 地域福祉施設	
60 老健施設	
70 医療施設	

申立理由

番号	申立理由
01	台帳誤り修正による過誤調整
02	請求誤りによる実績取り下げ
11	台帳誤り修正による事業所申立の過誤調整
21	台帳誤り修正により公費負担者申立の過誤調整
32	給付管理票取消による実績の取下げ
42	適正化による保険者申立の過誤取下げ
52	適正化による公費負担者申立の過誤取下げ
90	その他の事由による台帳過誤
99	その他の事由による実績の取り下げ