

介護給付費明細書請求（取り下げ）依頼書

香美町福祉課介護保険係

事業所番号																			電話	
所在地	〒																			
名称															担当者					

サービス提供年月	年 月										利用者氏名				
保険者番号	285858										公費負担者番号				
被保険者番号	0	0	0	0	0						受給者番号				
申立事由コード						取下依頼事由									

サービス提供年月	年 月										利用者氏名				
保険者番号	285858										公費負担者番号				
被保険者番号	0	0	0	0	0						受給者番号				
申立事由コード						取下依頼事由									

サービス提供年月	年 月										利用者氏名				
保険者番号	285858										公費負担者番号				
被保険者番号	0	0	0	0	0						受給者番号				
申立事由コード						取下依頼事由									

サービス提供年月	年 月										利用者氏名				
保険者番号	285858										公費負担者番号				
被保険者番号	0	0	0	0	0						受給者番号				
申立事由コード						取下依頼事由									