

## 介護保険給付請求実績取り下げ依頼書

年 月 日

(あて先) 高山市長

事業者番号	
事業所名称 所在地 電話番号	

下記の理由により介護報酬請求明細書を取り下げ(返戻)願います。

保険者番号						被保険者番号													
2	1	2	0	3	5														
被 保 険 者 名																			
生 年 月 日						M・T・S					年 月 日								
サ ー ビ ス 提 供 月						理 由													
平 成 年 月																			

※ 介護報酬請求明細書(写)を添付