介護給付費実績取下依頼書

備前市介護福祉課介護保険係　行

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	TEL

下記の介護給付について、実績取下を依頼します。　　平成　　年　　月　　日

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	申立事由コード	申立事由
3321144	OOOO			
3321144	OOOO			
3321144	OOOO			
3321144	OOOO			
3321144	OOOO			
3321144	OOOO			
3321144	OOOO			
3321144	OOOO			