過誤申立依頼書（総合事業）

保険名 (市町村)	2	9				
被保険者番号										
被保険者氏名										
サービス提供年月	年　　月分									

事業所番号	2	9								
事業所名										
電話番号										
FAX番号										
担当者名										

※該当する様式番号と申立理由番号を〇で囲んでください。

・様式

区分	様式	サービス種類	明細書様式
総合事業	**10**	訪問型サービス 通所型サービス 生活支援サービス	様式第２-３
	20	介護予防ケアマネジメント費	様式第7-3

・申立理由

申立理由番号	申立理由
02	請求誤りによる実績取り下げ
99	その他事由による実績の取り下げ（　　）

・備考