

介護給付費請求取り下げ申立書

令和 年 月 日

保険者番号	2	2	2	1	6	6
保険者名	袋井市					

事務所番号									
事業所名称									
所在地	〒				—				
連絡先	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	サービス利用月	申立事由コード			
				様式番号		申立事由	
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

コード	様式名称	コード	様式名称
10	様式第二	11	様式第二の二
21	様式第三	24	様式第三の二
22	様式第四	25	様式第四の二
23	様式第五	26	様式第五の二
30	様式第六	31	様式第六の二
32	様式第六の三	33	様式第六の四
34	様式第六の五	35	様式第六の六
40	様式第七	41	様式第七の二
50	様式第八	*給付管理表の取り下げ申立は出来ません	
60	様式第九		
70	様式第十		

申立理由

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
09	時効による保険者申立の取り下げ
11	台帳誤り修正による過誤調整
21	台帳誤り修正による公費負担者申立の過誤調整
29	時効による公費負担者申立の取り下げ
42	適正化による保険者申立の過誤取り下げ
52	適正化による公費負担者申立の過誤取り下げ
90	その他の事由による台帳過誤
99	その他事由による実績の取り下げ

取り下げの経緯（具体的に記入してください。）

記載例

令和 年 月 日

保険者番号	2	2	2	1	6	6
保険者名	袋井市					

介護給付費請求取り下げ申立書

事業所の番号・名称・所在地・連絡先を記載

事務所番号																				
事業所名称																				
所在地	〒																			
連絡先	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。

請求を取り下げる対象となる方の被保険者番号・氏名・該当するサービス利用月・申立事由コード(下表参照)を記入してください。

番号	被保険者番号										被保険者名	サービス利用月		様式番号		申立事由				
												年	月							
1	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	袋井 一郎	平成	22	年	3	月	1	0	0	2
2	0	0	0	0	3	4	2	1	0	0	介護 太郎	平成	22	年	4	月	2	1	0	2
3	0	0	0	0	0	9	8	7	6	5	秋桜 花子	平成	22	年	5	月	4	0	0	2
4												平成		年		月				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10												平成		年		月				

この請求取り下げ申立書は、以前に国保連合会に請求したサービス費について、その請求自体を取り下げるための書類になります。市介護保険係にてとりまとめの上、国保連合会にデータを提出しますので、必要事項を記載し**毎月10日まで**に提出してください。市に提出された翌月に国保連合会にて審査され、取り下げがされると各事業者宛に決定の通知がされます。再請求をされる場合は、取り下げの決定がされてから処理をしてください。

問い合わせ 袋井市役所市民課 介護保険係
0538-44-3152

様式番号

コード	様式名称	コード	様式名称
10	様式第二	11	様式第二の二
21	様式第三	24	様式第三の二
22	様式第四	25	様式第四の二
23	様式第五	26	様式第五の二
30	様式第六	31	様式第六の二
32	様式第六の三	33	様式第六の四
34	様式第六の五	35	様式第六の六
40	様式第七	41	様式第七の二
50	様式第八		
60	様式第九		
70	様式第十		

申立理由

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
09	時効による保険者申立の取り下げ
11	台帳誤り修正による過誤調整
21	台帳誤り修正による公費負担者申立の過誤調整
29	時効による公費負担者申立の取り下げ
42	適正化による保険者申立の過誤取り下げ
52	適正化による公費負担者申立の過誤取り下げ
90	その他の事由による台帳過誤
99	その他事由による実績の取り下げ

取り下げの経緯（具体的に記入してください。）

取り下げの経緯を必ずご記入ください。

様式番号	様式名称
10	(様式第二) 居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書 (訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護)
11	(様式第二の二) 介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書 (介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所介護・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護)
21	(様式第三) 居宅サービス介護給付費明細書 (短期入所生活介護)
22	(様式第四) 居宅サービス介護給付費明細書 (介護老人保健施設における短期入所療養介護)
23	(様式第五) 居宅サービス介護給付費明細書 (病院又は診療所における短期入所療養介護)
24	(様式第三の二) 介護予防サービス介護給付費明細書 (介護予防短期入所生活介護)
25	(様式第四の二) 介護予防サービス介護給付費明細書 (介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護)
26	(様式第五の二) 介護予防サービス介護給付費明細書 (病院又は診療所における介護予防短期入所療養介護)
30	(様式第六) 地域密着型サービス介護給付費明細書 (認知症対応型共同生活介護)
31	(様式第六の二) 地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書 (介護予防認知症対応型共同生活介護)
32	(様式第六の三) 居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書 (特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護)
33	(様式第六の四) 介護予防サービス介護給付費明細書 (介護予防特定施設入居者生活介護)
34	(様式第六の五) 地域密着型サービス介護給付費明細書 (認知症対応型共同生活介護 (短期利用型))
35	(様式第六の六) 地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書 (介護予防認知症対応型共同生活介護 (短期利用型))
40	(様式第七) 居宅介護支援介護給付費明細書
41	(様式第七の二) 介護予防支援介護給付費明細書
50	(様式第八) 施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書 (介護福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)
60	(様式第九) 施設サービス等介護給付費明細書 (介護保健施設サービス)
70	(様式第十) 施設サービス等介護給付費明細書 (介護療養施設サービス)