年　　月　　日

湧別町長　様

（事業所名）

（代表者職氏名）　　　　　　　　　　印

過誤申立ての依頼について

　下記の介護給付費について請求を取下げますので、過誤申立書の提出をお願い致します。

1. 事業所名
2. 事業所番号
3. 被保険者氏名
4. 被保険者番号
5. サービス提供月
6. サービス種類
7. 理　　　　由