

(被保険者以外の被保護者用)

# 介護給付費明細書の 介護予防・日常生活支援総合事業費明細書

## の取り消しについて(依頼)

**注意** この用紙は『H』から始まる番号の方専用ですので、ご注意ください。

公費負担者番号	1	2	4	4	4	0	1	4
公費負担者名	大分市福祉事務所長 (生活保護・公費10割)							

殿

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

下記明細書の請求取り消しをお願いします。

サービス提供事業者	事業者番号								
	事業者名								
	電話番号								
	担当者								

No.	被保険者番号										被保険者氏名	サービス提供年月	給付区分 いずれかに○	サービス種類	給付単位数 公費請求額		取り消し理由
	単位	円															
1	H	5	0	1								年 月	1.介護給付 2.予防給付 3.総合事業		単位		
												年 月	1.介護給付 2.予防給付 3.総合事業		円		
2	H	5	0	1								年 月	1.介護給付 2.予防給付 3.総合事業		単位		
												年 月	1.介護給付 2.予防給付 3.総合事業		円		
3	H	5	0	1								年 月	1.介護給付 2.予防給付 3.総合事業		単位		
												年 月	1.介護給付 2.予防給付 3.総合事業		円		
4	H	5	0	1								年 月	1.介護給付 2.予防給付 3.総合事業		単位		
												年 月	1.介護給付 2.予防給付 3.総合事業		円		
5	H	5	0	1								年 月	1.介護給付 2.予防給付 3.総合事業		単位		
												年 月	1.介護給付 2.予防給付 3.総合事業		円		

提出先 〒870-8504  
大分市荷揚町2番31号  
大分市福祉事務所生活福祉課医療介護担当班  
電話:097-537-5621  
FAX:097-533-7818

※提出期限:毎月15日(土日祝祭日にあたる場合は直前の開庁日)  
 ※次に挙げるものは、この書類では取り消しができません。  
 ① 被保険者番号が「H」から始まる者以外に提供したサービス  
 ② 総合事業の介護予防ケアマネジメント費  
 ③ 国保連から返戻されたものや国保連で保留中のもの(支給決定していないもの)

受付	入力