

過 誤 申 立 書

令和 年 月 日

吉備中央町役場 福祉課 御中

住 所
施 設 名
代表者名
電話番号

下記内容の取り下げをお願いいたします。

事 業 所 番 号	
事 業 所 名	
保 険 者 番 号	3 3 6 8 1 8
被 保 険 者 番 号	
氏 名	
当 初 請 求 保 険 単 位 数	単位
食 事 提 供 費	円
サ ー ビ ス 提 供 月	月
請 求 月	月
取 り 下 げ 理 由	