介護給付費過誤申立依頼書

年　月　日

逗 子 市 長

事業所番号	＃＃＃＃＃＃＃＃
事 業 者 名	○○○○○○○
所　在　地	〒
電 話 番 号	××××××××

（担当者名：　○○○　）

過誤申立の対象となる方の介護保険の被保険者番号を記載します。

過誤申立の対象となる方の氏名を記載します。

過誤申立の対象となるサービスを提供した年月を記載します。

内容の照会をする際の連絡者名を記入ください。

次の介護給付費について過誤申立を依頼いたします。

被保険者番号	氏　　名	サービス提供年月	申立事由コード				申立事由
○○○○○○	逗子　太郎	令和4年5月	2	1	0	2	請求誤りのため
111111	逗子　花子	令和5年1月	1	0	1	2	請求誤りのため（同月）
		年　月					
		年　月					
		年　月					
		年　月					
		年　月					
		年　月					
		年　月					
		年　月					
		年　月					

申立事由コードの詳細を記入します。（介護給付費明細書を朱書き訂正のうえ添付してください。）

申立事由コードにつきましては、別紙をご参照ください。

※提出の締め切りは、<u>毎月10日</u>となっております。逗子市高齢介護課<u>窓口または郵送</u>　にてご提出ください。

【別紙】

※申立事由コードは、 様式番号 と 申立理由番号 を組み合わせて表します。例えば、「居宅サービス介護給付費明細書（短期入所生活介護）」について、「請求誤りによる実績取り下げ」を依頼する場合には、申立事由コードに「2102」と記載します。

様式番号	請求明細書	サービス内容
10	様式第二	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、地域密着型通所介護
11	様式第二の二	（介護予防） 〃
10	様式第二の三	訪問型サービス・通所型サービス・その他の生活支援サービス
20	様式第七の三	介護予防ケアマネジメント
21	様式第三	短期入所生活介護
24	様式第三の二	介護予防短期入所生活介護
22	様式第四	介護老人保健施設における短期入所療養介護
25	様式第四の二	介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護
30	様式第六	認知症対応型共同生活介護
31	様式第六の二	介護予防認知症対応型共同生活介護
32	様式第六の三	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	介護予防特定施設入居者生活介護
40	様式第七	居宅介護支援
41	様式第七の二	介護予防支援
50	様式第八	介護老人福祉施設・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	介護老人保健施設
70	様式第十	介護療養型医療施設

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