

# 介護給付費過誤申立書

宇部市長 様

事業所番号	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	事業所名		保険者番号	3 5 2 0 2 1
所在地	〒	電話番号		保 險 者 名	宇 部 市(介護保険課)
		担当者氏名			
				所 在 地	〒755-8601
					宇部市常盤町一丁目7番1号
				電 話 番 号	(0836)-34-8396

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

令和 年 月 日

被 保 険 者 番 号	被 保 険 者 氏 名	サ-ビス提供年月	申立事由コード	申 立 事 由
年 月				

(注)国民健康保険団体連合会から過誤決定通知が届いてから、正しい内容で再請求してください。(通常過誤)

# 介護給付費過誤申立書

宇部市長 様

事業所番号		事業所名	保険者番号	3 5 2 0 2 1
所在地	〒	電話番号	保険者名	宇部市(介護保険課)
		担当者氏名	所在地	〒755-8601 宇部市常盤町一丁目7番1号
			電話番号	(0836)-34-8396

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

令和 元年 8月 1日

提出日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	宇部 太郎	平成30年8月	1 0 0 2	〇〇加算の算定に誤りがあったため
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	宇部 花子	令和元年5月	1 0 1 2	〇〇加算の算定に誤りがあったため
				申立事由を簡潔に記入してください。
				前2桁は様式番号を、後2桁は申立理由番号を選んで入力してください。(別シート参照) 後2桁で通常過誤か同月過誤かを判断しますのでご注意ください。
				該当月の請求が返戻となっていないか確認してください。 返戻の場合は、過誤の対象とはなりません。
				※郵送もしくは持参にてご提出ください

被保険者番号に誤りがないか、他市の被保険者でないか、確認してください。

※郵送もしくは持参にてご提出ください

(注)国民健康保険団体連合会から過誤決定通知が届いてから、正しい内容で再請求してください。(通常過誤)

## 申立事由コード

--	--	--	--

下記 1 様式番号 下記 2 申立理由番号

### 1 様式番号

#### (1) 介護給付

様式番号		様式名称 (介護予防含む。ただし下線部は介護予防なし。)
要介護	要支援	
10	11	様式第二・二の二 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・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・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・複合型サービス
21	24	様式第三・三の二 短期入所生活介護
22	25	様式第四・四の二 介護老人保健施設における短期入所療養介護
2A	2B	様式第四の三・四の四 介護医療院における短期入所療養介護
23	26	様式第五・五の二 病院又は診療所における短期入所療養介護
30	31	様式第六・六の二 認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)
32	33	様式第六の三・六の四 特定施設入居者生活介護(短期利用以外)・ <u>地域密着型特定施設入居者介護(短期利用以外)</u>
34	35	様式第六の五・六の六 認知症対応型共同生活介護(短期利用)
36		様式第六の七 <u>特定施設入居者生活介護(短期利用)</u> ・ <u>地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用)</u>
40	41	様式第七・七の二 居宅介護支援介護給付費明細書(介護予防支援介護給付費明細書)
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 <u>介護老人保健施設</u>
61		様式第九の二 <u>介護医療院</u>
70		様式第十 <u>介護療養型医療施設</u>

#### (2) 介護予防・日常生活支援総合事業

様式番号	様式名称
10	様式第二の三 介護予防・日常生活支援総合事業明細書(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)
20	様式第七の三 介護予防・日常生活支援総合事業費明細書(ケアマネジメント費)

### 2 申立理由番号

申立理由	内容	処理
02	請求誤りによる実績取り下げ	通常過誤
12	請求誤りによる実績取り下げ(同月)	同月過誤(事前に介護保険係(給付担当)に御相談ください。)
99	その他の事由による実績の取り下げ	通常過誤