

2.過誤申立書

介護給付費過誤申立書

入力フォーム

1 入力 2 確認 3 完了

下記のフォームにご入力をお願いします。

※ご注意

- ・保険者が宇部市の利用者様かご確認ください。
- ・対象月が連続する複数月の場合はまとめて入力できます。連続しない複数月の場合は対象月毎に申請してください。
例) 対象月：令和4年1月～令和4年5月の5か月分 → 複数月でまとめて申請
対象月：令和4年1月、令和4年5月の2か月分 → 対象月毎に単月で申請
- ・対象サービス等を選択すると申立事由コードが自動で表示されます。コードに間違いがないかご確認ください、表示されたコードを入力してください。

事業所情報

事業所番号 **必須**
1234567890 10 / 10

事業所名 **必須**
〇〇デイサービス 8 / 60000

住所

郵便番号 **必須** 7558601 7 / 8
都道府県 **必須** 山口県 3 / 64
市区町村 **必須** 宇部市

〒 **必須** 〇〇-〇-〇 8 / 64
マンション・部屋番号 0 / 64

電話番号

電話番号 **必須** 0836000000 10 / 15

メールアドレス

メールアドレス
ube-kaigo@xxxx.xxx.jp 21 / 128
メールアドレス (確認)
ube-kaigo@xxxx.xxx.jp 21 / 128

※本申請の控えが必要な場合はメールアドレスを入力してください。
入力したメールアドレス宛に申請内容をお送りします。

担当者

姓 **必須** 宇部 2 / 64
名 **必須** 太郎 2 / 64

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

①事業所情報入力

入力内容

- ・事業所番号【必須】
- ・事業所名【必須】
- ・住所【必須】
- ・電話番号【必須】
- ・メールアドレス※
- ・担当者名【必須】

各項目について入力してください。

この申請について市から連絡する場合、入力した担当者様宛にご連絡します。

※注意

申請完了画面で申請内容の印刷ができますが、日付が入っていません。日時を含む控えが必要な場合はメールアドレスを入力してください。申請内容を自動送信します。

2.過誤申立書

介護給付費過誤申立書

https://tb.logoform.st-japan.asp.lgwan.jp/form/yuJH/215468

申請人数 必須
10名まで 必須
1

1人目 必須
被保険者番号 必須
1234567890

氏名 必須
山口 花子

申請月数 必須
 単月 複数月

サービス提供年月

開始月	2022	10
終了月	2023	1

申請事由 必須
〇〇加算の算定に誤りがあったため

今回申請する利用者様の人数を選択してください
(最大10人まで)。
選択した人数分の入力フォームが表示されます。

②利用者情報入力

入力内容

- ・被保険者番号【必須】
- ・氏名【必須】
- ・申請月数【必須】
- ・サービス提供年月【必須】
- ・申立事由【必須】

各項目について入力してください。
申立事由については具体的な記載をお願いします。

※注意

複数月を選択できるのは、
【同じ利用者・同じ事由・連続した月】の場合のみです。
該当しない場合は対象月ごとに申請してください。

2.過誤申立書

介護給付費過誤申立書

https://tb.logoform.st-japan.asp.lgwan.jp/form/eyJH/215468

申立事由コード

1.様式 必須

- 【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・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
- 【様式第三・三の二】短期入所生活介護
- 【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
- 【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
- 【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
- 【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）
- 【様式第六の三・六の四】特定施設入居者生活介護（短期利用）、地域密着型特定施設入居者介護（短期利用以外）
- 【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）
- 【様式第六の七】特定施設入居者生活介護（短期利用）、地域密着型特定施設入居者介護（短期利用）
- 【様式第七・七の二】居宅施設支援介護給付費明細書（介護予防支援介護給付費明細書）
- 【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
- 【様式第九】介護老人保健施設
- 【様式第九の二】介護医療院
- 【様式第十】介護診療型医療施設
- 【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）
- 【様式第七の三】介護予防、日常生活支援総合事業明細書（ケアマネジメント費）

要介護・要支援 区分 必須

要介護 要支援

2.申立理由 必須

- 請求誤りによる実績取り下げ
- 請求誤りによる実績取り下げ（同月）
- その他の事由による実績の取り下げ

事由コード結果 ※1

1002

事由コード結果の4桁を入力 必須 ※2

1002

→ 確認画面へ進む

本フォームのお問い合わせ先: 宇都市 高齢者総合支援課 介護給付係 電話番号: 0836-34-8396
Powered by LoGoフォーム - © TRUSTBANK, Inc. 利用規約

③申立事由コード入力

入力内容

- ・様式【必須】
- ・要介護・要支援区分【必須】
- ・申立理由【必須】
- ・事由コード【必須】

各項目について入力してください。

※注意

様式、要介護・要支援区分、申立理由を選択すると自動で事由コード結果が表示されます【※1】。コードに間違いがなければ同じコードを下記に入力してください【※2】。

2.過誤申立書

事由コード結果の4桁を入力 **必須**

1002

→ 確認画面へ進む

本フォームのお問い合わせ先: 宇都市 高齢者総合支援課 介護給付化係 電話番号: 0836-34-8396
Powered by LoGoフォーム - © TRUSTBANK, Inc. 利用規約

クリックすると確認画面が表示されます。
※必須項目が空欄の場合は先に進みません。

事由コード結果の4桁を入力

1002

← 1つ前の画面に戻る → 送信

本フォームのお問い合わせ先: 宇都市 高齢者総合支援課 介護給付化係 電話番号: 0836-34-8396
Powered by LoGoフォーム - © TRUSTBANK, Inc. 利用規約

最終確認ページです。
入力内容に間違いがなければクリックしてください。

介護給付費過誤申立書

入力フォーム

✓ 入力 ✓ 確認 3 完了

送信完了

ご入力ありがとうございました。

< 受付番号: TG00000478 >

入力内容を印刷する

最初の画面に戻る

以上で申請完了です。