

# 介護給付費過誤申立書

令和 年 月 日

富田林市健康推進部高齢介護課 宛

(事業者名)
(事業所番号)
(連絡先)
(担当者名)

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。なお、この申立により利用者の自己負担額が変更になる場合は、利用者に対して返還又は追加徴収を行います。

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月(西暦)	申立事由コード		申立理由: 請求誤りの具体的な内容
		様式番号	申立理由番号	
0 0 0 0	2 0 年 月			
0 0 0 0	2 0 年 月			
0 0 0 0	2 0 年 月			
0 0 0 0	2 0 年 月			
0 0 0 0	2 0 年 月			
0 0 0 0	2 0 年 月			
0 0 0 0	2 0 年 月			
0 0 0 0	2 0 年 月			
0 0 0 0	2 0 年 月			
0 0 0 0	2 0 年 月			
0 0 0 0	2 0 年 月			

<申立事由コード=様式番号(2ケタ)、申立理由番号(2ケタ)>

**様式番号**

10 《様式第二》居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
11 《様式第二の二》介護予防サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
21 《様式第三》居宅サービス介護給付費明細書
22 《様式第四》居宅サービス介護給付費明細書
23 《様式第五》居宅サービス介護給付費明細書
2A 《様式第四の三》居宅サービス介護給付費明細書
24 《様式第三の二》介護予防サービス介護給付費明細書
25 《様式第四の二》介護予防サービス介護給付費明細書
26 《様式第五の二》介護予防サービス介護給付費明細書
28 《様式第四の四》介護予防サービス介護給付費明細書
30 《様式第六》地域密着型サービス介護給付費明細書
31 《様式第六の二》地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
32 《様式第六の三》居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
33 《様式第六の四》介護予防サービス介護給付費明細書
34 《様式第六の五》地域密着型サービス介護給付費明細書
35 《様式第六の六》地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
36 《様式第六の七》居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
40 《様式第七》居宅介護支援介護給付費明細書
41 《様式第七の二》介護予防支援介護給付費明細書
50 《様式第八》施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書
60 《様式第九》施設サービス等介護給付費明細書
61 《様式第九の二》施設サービス等介護給付費明細書
70 《様式第十》施設サービス等介護給付費明細書

**申立理由番号**

通常過誤	同月過誤	理由
02	12	請求誤りによる実績取り下げ

※保険者等から指示がある場合のみ

保険者申立		公費負担者申立		理由
通常	同月	通常	同月	
42	49	52	59	指導による過誤 適正化(その他)
43	4A	53	5A	指導による過誤 適正化(ケアプラン点検)
45	4C	55	5C	指導による過誤 適正化(医療突合)
46	4D	56	5D	指導による過誤 適正化(縦覧点検)