

介護給付費／介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

記載例

(あて先) 田上町長

どちらかにチェックしてください。
 通常過誤 (15日締切)
 同月過誤 (20日締切)
 ※同月過誤の場合は事前にご連絡ください。

保険者番号 153619
 保険者名 田上町
 電話番号 0256 (57) 6112

事業所番号 15*****
 事業所名 *****事業所
 担当者 ** **
 電話番号 **** (**) ****

下記の介護給付費／介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。

「申立事由コード」「識別番号」は、新潟県国民健康保険団体連合会のホームページでご確認ください。

令和 ** 年 ** 月 ** 日

事業所番号	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	識別番号	申立理由 ※具体的に記入してください。	再請求の有無 (有の場合、請求額の増減)
1 5 * * * * * * * *	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 田上 太郎	令和 * 年 5 月 分	1 0 0 2	7 1 3 1	〇〇加算の算定もれのため	有 (増・減・同額) ・無
		令和 * 年 6 月 分	1 0 0 2	7 1 3 1	サービス提供日数の誤りのため (誤4日→正3日)	有 (増・減・同額) ・無
	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 新潟 花子	令和 * 年 4 月 分	1 0 0 2	7 1 3 1	生活保護の公費請求もれのため	有 (増・減・同額) ・無
		令和 年 月 分				有 (増・減・同額) ・無
		令和 年 月 分				
		令和 年 月 分				
		令和 年 月 分				
		令和 年 月 分				有 (増・減・同額) ・無
		令和 年 月 分				有 (増・減・同額) ・無
		令和 年 月 分				有 (増・減・同額) ・無

申立理由は具体的に記入してください。
 (例)
 × 請求誤りによる実績の取り下げ
 ○ 送迎加算の算定もれのため

過誤処理後、再請求を行う場合は「有」に、取り下げのみの場合は「無」に〇をつけてください。
 有の場合は、請求額の増減について〇をつけてください。