介護給付費過誤申立書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 | 0 | 1 | 2 | 1 | 3 | 8 |  |
| 保険者名 | 苫小牧市 | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | |
| 担当者名・連絡先 | ℡ | | | | | | |

様

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | 申立事由 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |

この申立書と一緒に過誤とする介護給付費明細書のコピーを添付してください。

**記載例**

介護給付費過誤申立書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 | 0 | 1 | 2 | 1 | 3 | 8 |  |
| 保険者名 | 苫小牧市 | | | | | | |
| 事業所名 | **○○○○○事業所** | | | | | | |
| 担当者名・連絡先 | **○○ ○○** ℡ **(○○)○○―○○○○** | | | | | | |

様

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | 申立事由 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 平成３１年４月 | 1 | 0 | 0 | 2 | 請求誤りによる実績取下げ |
| ○○ ○○ | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 令和元年５月 | 2 | 1 | 0 | 2 | 請求誤りによる実績取下げ |
| ○○ ○○○ | | | | | | | | | |

※この申立書と一緒に過誤とする介護給付費明細書のコピーを添付してください。

・申立事由コードははじめの２桁に様式番号を記入してください。（様式番号別紙参照）

* 後の２桁はほとんどの場合０２、申立事由は「請求誤りによる実績取下げ」を記入してください。

※別紙

1. 介護給付費過誤申立様式番号

|  |  |
| --- | --- |
| 様式番号 | 様　式　名　称 |
| １０ | 居宅サービス介護給付費明細書（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・居宅療養管理指導・小規模多機能型居宅介護・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・複合型サービス・地域密着型通所介護） |
| １１ | 介護予防サービス介護給付費明細書（介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防通所介護・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防居宅療養管理指導・介護予防小規模多機能型居宅介護・介護予防認知症対応型通所介護） |
| ２１ | 居宅サービス介護給付費明細書（短期入所生活介護） |
| ２２ | 居宅サービス介護給付費明細書（介護老人保健施設における短期入所療養介護） |
| ２３ | 居宅サービス介護給付費明細書（病院又は診療所における短期入所療養介護） |
| ２４ | 介護予防サービス介護給付費明細書（介護予防短期入所生活介護） |
| ２５ | 介護予防サービス介護給付費明細書（介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護） |
| ２６ | 介護予防サービス介護給付費明細書（病院又は診療所における介護予防短期入所療養介護） |
| ２Ａ | 居宅サービス介護給付費明細書（介護医療院における短期入所療養介護） |
| ２Ｂ | 居宅サービス介護給付費明細書（介護医療院における介護予防短期入所療養介護） |
| ３０ | 居宅サービス介護給付費明細書（認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）） |
| ３１ | 介護予防サービス介護給付費明細書（介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）） |
| ３２ | 居宅サービス介護給付費明細書（特定施設入居者生活介護（短期利用以外）・地域密着型特定施設入居者介護（短期利用以外）） |
| ３３ | 介護予防サービス介護給付費明細書（介護予防特定施設入居者生活介護） |
| ３４ | 居宅サービス介護給付費明細書（認知症対応型共同生活介護（短期利用）） |
| ３５ | 介護予防サービス介護給付費明細書（認知症対応型共同生活介護（短期利用）） |
| ３６ | 居宅サービス介護給付費明細書（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）） |
| ４０ | 居宅介護支援介護給付費明細書（居宅介護支援） |
| ４１ | 介護予防支援介護給付費明細書（介護予防支援） |
| ５０ | 施設サービス介護給付費明細書（介護老人福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設サービス） |
| ６０ | 施設サービス介護給付費明細書（介護老人保健施設サービス） |
| ６１ | 施設サービス介護給付費明細書（介護医療院サービス） |
| ７０ | 施設サービス介護給付費明細書（介護療養型医療施設サービス） |

1. 介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立様式番号

|  |  |
| --- | --- |
| １０ | 【訪問型サービス】  　Ａ１（みなし）・Ａ２（独自）・Ａ３（独自/定率）・Ａ４（独自/定額）  【通所型サービス】  　Ａ５（みなし）・Ａ６（独自）・Ａ７（独自/定率）・Ａ８（独自/定額）  【その他の生活支援サービス】  　Ａ９（配食/定率）・ＡＡ（配食/定額）・ＡＢ（見守り/定率）・ＡＣ（見守り/定額）・ＡＤ（その他/定率）  ・ＡＥ（その他/定額） |
| ２０ | ＡＦ（介護予防ケアマネジメント） |