

介護給付費過誤依頼書(同月過誤)

西予市長 殿

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	TEL
担当者名	

下記の介護給付について、過誤申立を依頼申し上げます。

年 月 日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		

様式番号			申立理由番号	
居宅施設	介護予防			
10	11	様式第二・二の二 (訪問通所区分・居宅療養管理・小規模多機能型)	12	請求誤りによる実績取り下げ(同月過誤)
21	24	様式第三・三の二 (短期入所生活介護)	49	適正化による過誤取り下げ(同月過誤)
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)	99	その他の事由による実績の取り下げ(監査等)
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※1)		
32	33	様式第六の三・六の四 (特定施設入居者生活介護)		
34	35	様式第六の五・六の六 (認知症対応型共同生活介護(短期利用型))		
40	41	様式第七・七の二 (サービス計画費)		
50		様式第八 (介護老人福祉施設)		
60		様式第九 (介護老人保健施設)		
70		様式第十 (介護療養型医療施設)		

事由コード
様式番号 申立理由番号

※1・・・H18/3サービス以前の特定施設入所者生活介護を含む

