

記入例

介護給付費等過誤申立書

桑折町長 様

申立日を記入してください

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

令和3年8月6日

サービス事業所番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
サービス事業所名	●◆▲事業所									
所在地	〒 969-1692									
	桑折町大字谷地字道下22番地7									
連絡先	電話番号	024-582-1134								
担当者名	桑折 太郎									

※過誤申立事務の担当者名を記入して下さい。

通常過誤

同月過誤

保険者番号	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 7 3 0 1 5	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 桑折 花子	令和3年3月		〇〇加算を誤って算定したため
		年 月		申立ての理由を記入して下さい。 記載例) ・〇〇加算を誤って算定したため。 ・サービスの実績がないのに誤って請求して しまったため ・県からの介護給付適正化に係る通知によ り。
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

同月過誤が認められる場合は
 ①何らかの理由により、決定された介護給付費請求を遡及して大量に過誤調整が必要になった場合
 ②実地指導等により加算等の過剰請求が発覚した場合
 ③上記①②の県内保険者及び県内事業所等からの申立ての場合
 ④保険者が特別に処理を認めた場合
 です。
 同月過誤にて処理希望の場合は連絡願います。連絡いただけ

※申立事由コード欄は記入しないで下さい。