

介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立書

記入例

余白に記入してください。記入がなければ「通常過誤」で処理します。

事業者印と代表者名印の両方での押印をお願いします。事業者印がない場合は、代表者名印のみの押印をお願いします。

「〇月同月」または「〇月通常」

事業所名称 ○×訪問介護ステーション
 代表者 南瓦町 花子
 担当者名/TEL 介護 太郎/228-0000

所在地 大阪府 堺市堺区南瓦町3番1号
 連絡先 tel (072) 228-7513
 fax (072) 228-7853

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。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。

提出年月日を記入してください。 令和 年 月 日

事業所番号	被保険者番号・氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
2799999999	00000000001 サカイ タロウ	平成 31年 4月	1002	請求誤りのため
2799999999	00000000002 サカイ ジロウ	平成 元年 5月	1002	請求誤りのため
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		

○前2桁には様式番号
 ・訪問型サービス、通所型サービスは「10」
 ・介護予防ケアマネジメントは「20」
 ○後ろの2桁には申立理由番号

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
42 52	49 59	指導による過誤 適正化(その他)
43 53	4A 5A	指導による過誤 適正化(ケアプラン点検)
45 55	4C 5C	指導による過誤 適正化(医療突合)
46 56	4D 5D	指導による過誤 適正化(縦覧点検)

※ 介護予防・日常生活支援総合事業費明細書の正誤両方を添付してください。

「介護予防・日常生活支援総合事業費明細書」の「誤りがあったもの」と「正しいもの」の両方を提出してください。

<申立事由コード=様式番号(2ケタ)、申立理由(2ケタ)>
 様式番号

10	《様式第二の三》 介護予防・日常生活支援総合事業費明細書 (訪問型サービス費・通所型サービス費)
20	《様式第七の三》 介護予防・日常生活支援総合事業費明細書 (介護予防ケアマネジメント費)

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