

介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立書

介護保険課 様

事業所名称 _____

代表者 _____ (印)

担当者名/TEL _____

保険者番号	271403
保険者名	堺市
所在地	〒590-0078 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。

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
		平成 令和 年 月		
		平成 令和 年 月		
		平成 令和 年 月		
		平成 令和 年 月		
		平成 令和 年 月		
		平成 令和 年 月		
		平成 令和 年 月		
		平成 令和 年 月		
		平成 令和 年 月		
		平成 令和 年 月		

※ 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。

<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)