

介護給付費過誤申立書

堺市長 殿

令和 年 月 日

事業所名称 _____

事業所番号 _____

代表者 _____ (※)

担当者名/TEL _____
(代表者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)

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

別紙の介護給付について、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。

【別紙 記載要領】

①被保険者番号
10桁の被保険者番号を記載(0の省略不可)

②氏名
被保険者氏名をカタカナで記載(エクセルで入力する場合は、半角カタカナ)

③サービス提供月
西暦で6桁で記載(例:2021年1月の場合→202101)

④申立事由コード
次の「申立事由コード(4ケタ)＝様式番号(2ケタ)＋申立理由番号(2ケタ)」を記載

様式番号

10 《様式第二》居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書	32 《様式第六の三》居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
11 《様式第二の二》介護予防サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書	33 《様式第六の四》介護予防サービス介護給付費明細書
21 《様式第三》居宅サービス介護給付費明細書	34 《様式第六の五》地域密着型サービス介護給付費明細書
22 《様式第四》居宅サービス介護給付費明細書	35 《様式第六の六》地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
23 《様式第五》居宅サービス介護給付費明細書	36 《様式第六の七》居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
2A 《様式第四の三》居宅サービス介護給付費明細書	40 《様式第七》居宅介護支援介護給付費明細書
24 《様式第三の二》介護予防サービス介護給付費明細書	41 《様式第七の二》介護予防支援介護給付費明細書
25 《様式第四の二》介護予防サービス介護給付費明細書	50 《様式第八》施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書
26 《様式第五の二》介護予防サービス介護給付費明細書	60 《様式第九》施設サービス等介護給付費明細書
2B 《様式第四の四》介護予防サービス介護給付費明細書	61 《様式第九の二》施設サービス等介護給付費明細書
30 《様式第六》地域密着型サービス介護給付費明細書	70 《様式第十》施設サービス等介護給付費明細書
31 《様式第六の二》地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書	

⑤申立事由
誤っている内容を次から選択し記載

1 公費番号漏れ・誤り	→ 公費負担者番号・公費受給者番号が漏れていた又は誤っていた場合
2 指導による取り下げ	→ 指導や適正化等、市からの連絡により過誤申立を行う場合
3 その他請求誤り	→ 上記以外の理由で過誤申立を行う場合

⑥サービスコード
サービス種類ごとに定められているサービスコード(2ケタ)を記載(例:訪問介護 11、通所介護 15)

⑦保険請求額
保険請求額(利用者負担額や公費請求額を除いた額)を記載

電子申請の場合は、過誤申立書の提出は不要です。
別紙のみの提出となります。

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)