

記入例

介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤

令和 年 月 日

事業所名称 ○×訪問介護ステーション

事業所番号 279999999

代表者 ○○ ○○

担当者名/TEL 介護 太郎/228-0000

(代表者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)

提出年月日を記入してください。 4 | 0 | 3

保険者名 堺市

代表者が自署しない場合は、記名押印をしてください。押印の場合、事業所印・代表者印の押印(事業所印がない場合は、代表者名印のみの押印)をお願いします。

fax (072) 228-7853

「○月同月」または「○月通常」

↑

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。

別紙の介護予防・日常生活支援総合利用者に対して返還又は追加徴収を行います。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、事業所の代表者名(管理者等)を記入してください。

【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

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)

通常過誤		同月過誤		理由
02		12		
保険者申立	公費負担者申立	保険者申立	公費負担者申立	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)

- 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:訪問型サービス(独自) A2、通所型サービス(独自) A6、介護予防ケアマネジメント AF)

- ⑦事業費請求額
事業費請求額(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。