

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

堺 市 様

事業所名称 _____

代表者 _____ (※)

ご担当者名/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 (生活援護管理課)
所在地	〒590-0078 大阪府 堺市堺区南瓦町3番1号
連絡先	tel (072) 228-7412 fax (072) 228-7853

下記の介護給介護予防・日常生活支援総合事業について、 _____ 年 月 日
 過誤を申し立てます。

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
	H: _____	年 月		
	H: _____	年 月		
	H: _____	年 月		
	H: _____	年 月		
	H: _____	年 月		
	H: _____	年 月		
	H: _____	年 月		
	H: _____	年 月		
	H: _____	年 月		
	H: _____	年 月		

<申立事由コード=様式番号(2ケタ)、申立理由番号(2ケタ)>

様式番号	省令番号	サービス種類・名称
10	様式第二の三	A2 訪問型サービス(独自)
		A4 訪問型サービス(独自/定額)
		A6 通所型サービス(独自)
		A8 通所型サービス(独自/定額)
20	様式第七の三	AF 介護予防ケアマネジメント

申立理由番号		過誤内容
通常	同月	
02	12	請求誤りによる実績取下げ
52	59	適正化(その他)による公費負担者申立の過誤取下げ