

事業所→保険者

介護給付費過誤依頼書

(同月過誤)

宇和島市長 様

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	TEL
担当者名	

下記の介護給付について、過誤申立を依頼申し上げます。

年 月 日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		

様式番号			申立理由番号	
居宅施設	介護予防			
10	11	様式第二・二の二 (訪問通所区分・居宅療養管理・小規模多機能型)	12	請求誤りによる実績取り下げ(同月過誤)
21	24	様式第三・三の二 (短期入所生活介護)	49	適正化による過誤取り下げ(同月過誤)
22	25	様式第四・四の二 (介護老人保健施設における短期入所療養介護)	99	その他の事由による実績の取り下げ(監査等)
23	26	様式第五・五の二 (病院又は診療所における短期入所療養介護)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 事由コード _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> 様式番号 申立理由番号 </div>	
30	31	様式第六・六の二 (認知症対応型共同生活介護・※1)		
32	33	様式第六の三・六の四 (特定施設入居者生活介護)		
34	35	様式第六の五・六の六 (認知症対応型共同生活介護(短期利用型))		
40	41	様式第七・七の二 (サービス計画費)		
50		様式第八 (介護老人福祉施設)		
60		様式第九 (介護老人保健施設)		
70		様式第十 (介護療養型医療施設)		

※1・・・H18/3サービス以前の特定施設入所者生活介護を含む

