

事業所 → 保険者
 通常過誤 (毎月15日までに提出してください。)
 同月過誤 (再請求を行う月の前月25日までに提出してください。)

年 月 日

介護給付費過誤依頼書 (通常過誤 ・ 同月過誤)

八幡浜市長殿

事業所番号	
事業所名	
所在地	
連絡先	
担当者氏名	

下記の介護給付費について、過誤申立を依頼申し上げます。

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

【申立事由コード】

「申立事由コード」は「①様式番号コード(2桁)+②申立理由コード(2桁)」で構成される。

①様式番号コード			②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)	01	台帳誤り修正における過誤調整
21	24	様式第三・三の二(短期入所生活介護)	02	請求誤りによる実績取り下げ
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)	09	時効による取り下げ
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)	11	台帳誤り修正による事業所申立の過誤調整
30	31	様式第六・六の二(認知症対応型共同生活介護 ※1)	12	請求誤りによる実績取り下げ(同月)
32	33	様式第六の三・六の四(特定施設入居者生活介護)	42	適正化による過誤取り下げ
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))	49	適正化による過誤取り下げ(同月)
40	41	様式第七・七の二(サービス計画費)	90	その他の事由による台帳過誤
50	-	様式第八(介護老人福祉施設)	99	その他の事由による実績の取り下げ
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居者生活介護を含む。