

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。）

平成 年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤依頼書 (通常過誤 ・ 同月過誤) ※いずれかの区分を○で囲む。

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																				

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、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		
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		
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		
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		
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		

【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	
介護予防・日常生活支援総合事業			
10	訪問型サービス(介護予防訪問介護相当サービス等)	01	台帳誤り修正における過誤調整
	通所型サービス(介護予防通所介護相当サービス等)	02	請求誤りによる実績取り下げ
	その他の生活支援サービス	09	時効による取り下げ
		11	台帳誤り修正による事業所申立の過誤調整
		42	適正化による過誤取り下げ
		90	その他の事由による台帳過誤
		99	その他の事由による実績の取り下げ