

介護給付費過誤申立書 (請求誤りによる実績取り下げ)

鏡野町長 様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

令和 年 月 日

事業所番号									
事業所名									
連絡先	() -								
担当者									

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供月	申立事由 コード ※1	申立単位数 ※2	申立事由 (具体的に)
	令和 年 月		2	
	令和 年 月		2	
	令和 年 月		2	
	令和 年 月		2	
	令和 年 月		2	
	令和 年 月		2	
	令和 年 月		2	
	令和 年 月		2	

※1 申立事由コード上2桁の凡例(下2桁は同月過誤の場合「02」、通常過誤の場合「12」)

居宅・施設	介護予防		
10	11	様式第二・三の二	(訪問通所区分・居宅療養管理・小規模多機能型)
21	24	様式第三・三の二	(短期入所生活介護)
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)
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)
30	31	様式第六・六の二	(認知症対応型共同生活介護)
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)

※2 申立単位数は決定された単位数を記入してください。

過誤の区分(どちらかに○)	
同月過誤	通常過誤