

介護給付費過誤申立依頼書

令和 年 月 日

鴨川市長 様

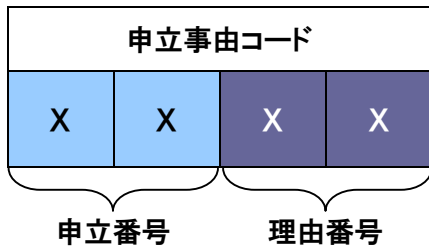
事業所番号									
所在地									
事業所名									
連絡先									
担当者名									

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月
		令和 年 月
申立事由コード	申立事由(内容)	
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月
		令和 年 月
申立事由コード	申立事由(内容)	
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月
		令和 年 月
申立事由コード	申立事由(内容)	
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月
		令和 年 月
申立事由コード	申立事由(内容)	
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月
		令和 年 月
申立事由コード	申立事由(内容)	
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月
		令和 年 月
申立事由コード	申立事由(内容)	

<注> この依頼書は、毎月10日までに提出して下さい。
 申立事由コードについては、裏面を参照して下さい。

介護給付費過誤申立事由コードについて



○ 介護給付費過誤申立依頼書の「申立事由コード」欄には、申立番号 2桁と、理由番号 2桁を記入してください。

〔例：請求誤りにより、訪問介護サービスの給付実績を
取り下げる場合、申立事由コードは“1002”となります。〕

① 介護サービス(要介護1～5)

申立番号	対象のサービス項目
10	訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護
21	短期入所生活介護
22	介護老人保健施設における短期入所療養介護
23	病院又は診療所における短期入所療養介護
30	認知症対応型共同生活介護
32	特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者介護
34	認知症対応型共同生活介護(短期利用型)
40	居宅介護支援(サービス計画費)
50	介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設
60	介護老人保健施設
70	介護療養型医療施設

② 介護予防サービス(要支援1・2)

申立番号	対象のサービス項目
11	介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所介護・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護
24	介護予防短期入所生活介護
25	介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護
26	病院又は診療所における介護予防短期入所療養介護
31	介護予防認知症対応型共同生活介護
33	介護予防特定施設入居者生活介護
35	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型)
41	介護予防支援(サービス計画費)

◎ 申立理由一覧

理由番号	申立理由
01	台帳誤り修正による過誤調整
02	請求誤りによる実績の取り下げ
12	請求誤りによる実績の取り下げ(同月過誤)
42	適正化による実績の取り下げ ※ 保険者から過誤申立を促された場合による
49	適正化による実績の取り下げ(同月過誤) ※ 保険者から過誤申立を促された場合による
99	その他の事由による実績の取り下げ