

事業所→枚方市

介護給付費過誤申立依頼書

(あて先)
枚方市長

(見本)

下記の介護給付費について、過誤の申立を依頼します。

申請日 平成 年 月 日

事業所番号	2 7 5 2 4 8 0 0 0 0
事業所名	老人保健施設ひらかた ※1
住所	〒 573-8666 枚方市大垣内2-1-20
連絡先電話番号	072-841-1221
担当	枚方 太郎

※どちらかに○をつけてください。(記入がない場合は同月過誤として取り扱います。)

- 1. 通常過誤
- 2. 同月過誤

被保険者番号 被保険者氏名 (漢字)	サービス提供年月	サービス種類 コード ※2	申立事由 コード	再請求予定	申立事由
0 0 0 8 8 8 8 8 8 8 介護 太郎	平成28年8月	2 3	2 3 0 2	過剰請求・過少請求 公費負担・その他	利用日数4日を3日で請求したため (1000単位→1234単位) ※3
0 0 0 9 9 9 9 9 9 9 高齢 ハナ	平成28年8月	5 3	7 0 0 2	過剰請求・過少請求 公費負担・その他	特定入所者介護サービス費の請求が漏れたため
0 0 0 	平成 年 月			過剰請求・過少請求 公費負担・その他	
0 0 0 	平成 年 月			過剰請求・過少請求 公費負担・その他	※1 サービスを提供した事業所が過誤の申立を 行うこと
0 0 0 	平成 年 月			過剰請求・過少請求 公費負担・その他	※2 別紙コード表参照
0 0 0 	平成 年 月			過剰請求・過少請求 公費負担・その他	※3 過誤の内容及び取下げ・再請求によりどう 変わるかを具体的に記入
0 0 0 	平成 年 月			過剰請求・過少請求 公費負担・その他	
0 0 0 	平成 年 月			過剰請求・過少請求 公費負担・その他	
0 0 0 	平成 年 月			過剰請求・過少請求 公費負担・その他	

※控えが必要な場合はあらかじめコピーをとっておいてください。控えに受理印の押印をご希望の場合はお申し出ください。
 ※取り下げ額が保険請求額を上回る場合は、過誤申立の申請月を分けて、保険請求額を超えないように調整してください。
 ※必要がある場合は、ケアマネジャーと予め調整しておいてください。