

介護給付費過誤申立書

池田市長 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	
事業者名	印
所在地	〒
	担当者：
	TEL：

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		過誤方法	申立事由(※)
			A	B		
1 0 0 0		令和 年 月			同月・通常	
1 0 0 0		令和 年 月			同月・通常	
1 0 0 0		令和 年 月			同月・通常	
1 0 0 0		令和 年 月			同月・通常	
1 0 0 0		令和 年 月			同月・通常	
1 0 0 0		令和 年 月			同月・通常	
1 0 0 0		令和 年 月			同月・通常	
1 0 0 0		令和 年 月			同月・通常	
1 0 0 0		令和 年 月			同月・通常	
1 0 0 0		令和 年 月			同月・通常	

申立事由コード

- A 10 訪問通所系 11 予防訪問通所系 21 短期入所生活介護 24 予防短期入所生活介護 30 認知症対応型 31 予防認知症対応型 32 特定施設 33 予防特定施設
 40 居宅支援 41 予防支援 50 福祉施設 60 老健施設 70 医療施設 (他サービスについては「申立事由コードA一覧表」を参照)
- B 01 保険者申立の台帳過誤 02 請求誤りによる実績取下げ 09 時効による保険者申立の取下げ 11 事業所申立の台帳過誤 12 請求誤りによる実績取り下げ(同月)
 42 適正化による保険者申立の過誤取下げ 49 適正化による保険者申立の過誤取下げ(同月) 90 その他事由による台帳過誤 99 その他事由による実績の取下げ

※申立事由欄について

月後れ請求や、適正化にかかる過誤の場合は、その旨記入してください。