

介護給付費過誤申立依頼書

三戸町長 殿

下記の介護給付費について、過誤の申立を依頼します。

チェックを入れてください。

サービス区分（該当する方にチェック） 介護（予防）給付

総合事業

※両方のサービスに該当する場合は、それぞれ申立依頼書を作成してください。

令和 〇〇 年 〇月 〇日

事業者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
事業者名	居宅介護支援事業所 ○○○
所在地	三戸町大字○○字○○ △番地△
電話番号	0 1 7 9 - X X - X X X X
F A X 番号	0 1 7 9 - Y Y - Y Y Y Y
担当者氏名	○○○○○

番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	サービス種類	審査年月	様式番号	申立事由番号	当初請求単位	再請求単位	申立事由
1	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	三戸 太郎	20 1 8 年 4 月	訪問型サービス	20 1 8 年 5 月	1 0	1 2	X X X	Y Y Y	請求誤りのため（提供回数誤り）
2	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	三戸 花子	20 1 8 年 5 月	通所型サービス	20 1 8 年 6 月	1 0	4 D	X X X	Y Y Y	請求誤りのため（縦覧点検）
3					年 月					
4										
5			20 年 月							
6			20 年 月		年 月					
7			20 年 月		年 月					
8			20 年 月		年 月					
9			20 年 月		年 月					
10			20 年 月		年 月					

誤りのないよう記載してください。

様式番号・申立事由番号は、別紙「介護保険過誤申立コード一覧表」および「介護保険過誤申立事由番号一覧表」を参照してください。

過誤を申し立てる事由を簡潔に記載してください。

- ※ 様式番号及び申立事由番号は別紙を参照してください。
- ※ 再請求を行う前月末までに提出してください。
- ※ 被保険者番号順（被保険者ごと）で、続いてサービス提供年月順で記載してください。
- ※ 被保険者番号がHから始まる番号は介護保険の対象外となりますので、ご注意ください。

ご確認のうえ提出願います。