

記入見本

保険者名 : 茨木市
 (保険者番号 : 272112)

提出年月日を記入してください。

申立年月日 : 令和元年 7月 10日

総合事業費 過誤申立書

記入漏れのないように必ず記載し、事業所番号ごとに提出してください。

事業所番号	2	7	7	4	2	0	0	0	0	1
事業所名称	〇〇サービス									
電話番号	072-620-1639									
担当者名	△△									

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号										ふりがな 被保険者氏名		サービス提供年月	申立事由コード		サービスの種類 (様式番号10の場合は該当するサービスにチェックをつけてください)	申立事由 (該当する事由にチェックをつけ、必ず理由を記入してください)
	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	様式番号	申立理由					
1	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	いばらき たろう 茨木 太郎	平成 29年 4月	0	0	2	<input type="checkbox"/> 訪問介護相当サービス <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 訪問型サービスA	<input checked="" type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ → 理由 (介護予防通所介護を通所介護相当サービスで請求したため) <input type="checkbox"/> その他 ()
2	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	いばらき はなこ 茨木 花子	平成 29年 5月	0	0	2	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 訪問型サービスA	<input checked="" type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ → 理由 (介護職員処遇改善加算が抜けていたため) <input type="checkbox"/> その他 ()
3												年 月	0			<input type="checkbox"/> 訪問介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 訪問型サービスA	<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ → 理由 () <input type="checkbox"/> その他 ()
4												年 月	0			<input type="checkbox"/> 訪 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 訪 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 訪	取下げの理由を記載してください。 ★総合事業サービス費を誤って介護予防サービス費で請求した場合の過誤は、「介護給付費過誤申立書」をご提出ください。
5												年 月	0			<input type="checkbox"/> 訪 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 訪 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 訪	
6												月	0			<input type="checkbox"/> 訪問介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 訪問型サービスA	
7												月	0			<input type="checkbox"/> 訪問介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 訪問型サービスA	
8												年 月	0			<input type="checkbox"/> 訪問介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 訪問型サービスA	
9												年 月	0			<input type="checkbox"/> 訪問介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 訪問型サービスA	<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ → 理由 () <input type="checkbox"/> その他 ()
10												年 月	0			<input type="checkbox"/> 訪問介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 訪問型サービスA	<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ → 理由 () <input type="checkbox"/> その他 ()

被保険者番号、被保険者氏名、サービス提供年月 (和暦で記入) は間違いのないよう記載してください。

介護予防ケアマネジメント →20
 訪問介護相当サービス
 訪問型サービスA
 通所介護相当サービス →10

通常過誤 →02
 同月過誤 →12

注意事項ですので、提出前に必ずご確認ください。

※ FAXでの受付はいたしません。
 ※ 国保連合会から、返戻・保留になっていないことを確認してからご提出ください。
 ※ 事業者番号ごとに作成し、被保険者番号・サービス提供年月等、間違いのないよう記載してください。
 ※ 総合事業サービス費を誤って介護予防サービス費で請求した場合の過誤は、「介護給付費過誤申立書」をご提出ください。
 ※ Hで始まる被保険者番号の過誤は、生活福祉課での取扱いとなります。

【問合せ先】
 〒567-8505 大阪府茨木市駅前三丁目8番13号
 茨木市福祉部介護保険課 給付グループ
 電話 072-620-1639 (直通)