

申立年月日 令和 年 月 日

事業所番号									
事業所名称									
電話番号									
担当者名									

保険者名 : 茨木市
(保険者番号 : 272112)

総合事業費 過誤申立書

提出締切日 通常過誤 : 毎月10日
同月過誤 : 毎月25日

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)
	様式番号	申立理由															
1												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 ()	
2												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 ()	
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 ()	
5												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 ()	
6												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 ()	
7												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 ()	
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	<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ → 理由 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
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 ()	

※ 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)