

記入見本

保険者名 : 茨木市
(保険者番号 : 272112)

別紙「様式番号表」を参照し、記載してください。

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 | 072-620-1637 | | | | | | | | | |
| 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 様式番号 申立理由 | | 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 | いばらき たろう | 茨木 太郎 | | 0 | 0 | | | 2 |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 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 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 (介護職員処遇改善加算が抜けていたため) <input type="checkbox"/> その他 () |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 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 () |
| 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 () |

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。

別紙「申立理由番号表」を参照し、記載してください。

該当する項目にチェックをつけてください。

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。

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
茨木市健康福祉部長寿介護課 給付係
電話 072-620-1639 (直通)