

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)