

申立年月日：平成 年 月 日

保険者名：茨木市  
 (保険者番号：272112)

# 総合事業費 過誤申立書

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
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)
				様式番号	申立理由		
1			平成 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			平成 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			平成 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			平成 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			平成 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			平成 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			平成 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			平成 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			平成 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			平成 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  
 茨木市健康福祉部長寿介護課 給付係  
 電話 072-620-1639 (直通)