

# 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：平成 29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			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 <input type="checkbox"/> 通	<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 <input type="checkbox"/> 通	<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 ( )

被保険者番号、被保険者氏名、サービス提供年月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)