

記入見本

保険者名 : 茨木市
(保険者番号 : 272112)

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		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	0000012345	いばらき たろう 茨木 太郎	平成 29年 4月	0	02	<input 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 (介護予防通所介護を通所介護相当サービスで請求したため) <input type="checkbox"/> その他 ()
2	00000123456	いばらき はなこ 茨木 花子	平成 29年 5月	0	02	<input checked="" 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 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 ()
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 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 訪 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 訪	<input type="checkbox"/> 請求誤りによ → 理由 () <input type="checkbox"/> その他 ()
5			年 月	0		<input type="checkbox"/> 訪 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 訪 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 訪	<input type="checkbox"/> 請求誤りによ → 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 → 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。

介護予防ケアマネジメント
→20
訪問介護相当サービス
訪問型サービスA
通所介護相当サービス
→10

通常過誤
→02
同月過誤
→12

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
茨木市健康医療部長寿介護課 給付係
電話 072-620-1637 (直通)