

介護給付費過誤申立依頼書

令和 年 月 日

(あて先)府中町長

事業所番号										
事業所名										
所在地										
連絡先										

次の介護給付について、過誤の申し立てを依頼します。

1 申立事由 (☐ 受給者台帳の登録誤り ・ ☐ 請求実績の取り下げ)

2 申立の内容

No.	被 保 険 者 番 号 ----- 被 保 険 者 氏 名	サービス 提供年月	申立事由 コード	申 立 事 由																																							
1	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="18"></td></tr></table>																																					年 月					
2	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="18"></td></tr></table>																																					年 月					
3	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="18"></td></tr></table>																																					年 月					
4	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="18"></td></tr></table>																																					年 月					
5	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="18"></td></tr></table>																																					年 月					
6	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="18"></td></tr></table>																																					年 月					
7	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="18"></td></tr></table>																																					年 月					
8	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="18"></td></tr></table>																																					年 月					
9	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="18"></td></tr></table>																																					年 月					
10	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="18"></td></tr></table>																																					年 月					

※ この依頼書の作成にあたっては、別紙の過誤申立事由によりコード番号等を記入してください。

介護給付費過誤申立事由コード一覧表

申立事由コードは4桁で構成されています。

様式番号	申立理由番号	様式番号……サービスの種類 申立理由番号……請求取り下げの理由
--	--	------------------------------------

様式番号(上2桁) 介護サービス

様式番号	様式名称
10	訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導 通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・地域密着型通所介護 夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護
21	短期入所生活介護
22	短期入所療養介護(介護老人保健施設)
2A	短期入所療養介護(介護医療院)
23	短期入所療養介護(介護療養型医療施設)
30	認知症対応型共同生活介護
32	特定施設入居者生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護
34	認知症対応型共同生活介護(短期利用共同生活介護)
40	居宅介護支援
50	介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設
60	介護老人保健施設
61	介護医療院
70	介護療養型医療施設

様式番号(上2桁) 介護予防サービス

様式番号	様式名称
11	介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ 介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与 介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護
24	介護予防短期入所生活介護
25	介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設)
2B	介護予防短期入所療養介護(介護医療院)
26	介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設)
31	介護予防認知症対応型共同生活介護
33	介護予防特定施設入居者生活介護
35	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用共同生活介護)
41	介護予防支援

様式番号(上2桁) 介護予防・日常生活支援総合事業サービス

様式番号	様式名称
10	訪問型サービス・通所型サービス
20	介護予防ケアマネジメント

申立理由(申立事由コード下2桁)

02	請求誤りによる実績取下げ
12	請求誤りによる実績取下げ(同月)
42	適正化による保険者申立の取下げ
49	適正化による保険者申立の取下げ(同月)
99	その他事由による実績の取り下げ