

※実績反映の関係上、請求月から2ヶ月以内に過誤申立依頼書を提出された場合、**翌月以降の処理**となる場合があります。

過誤申立依頼書

保険者名 (市町村)	2	9	2	0	9	4			
被保険者番号	0	0	0	0	9	9	9	9	9
被保険者氏名	生駒 太郎								
サービス提供年月	令和元 年 6 月分								

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1
事業所名	△△デイサービスセンター									
電話番号	(0743) 74 - ▲▲▲▲▲									
FAX番号	(0743) 74 - ○○○○									
担当者名	東新町 一郎									

※ 該当する様式番号と申立理由番号を○で囲んで下さい。

・様式

区分	様式番号	居宅サービス・施設サービス	地域密着型サービス	明細書様式	
介護給付	10	訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所介護 通所リハビリテーション 福祉用具貸与	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 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 看護小規模多機能型居宅介護 地域密着型通所介護	様式第2	
		21	短期入所生活介護	様式第3	
		22	短期入所療養介護(老健施設)	様式第4	
		23	短期入所療養介護(病院・診療所)	様式第5	
		2A	短期入所療養介護(介護医療院)	様式第4-3	
		30		認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	様式第6
		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	様式第6-3
		34		認知症対応型共同生活介護(短期利用)	様式第6-5
		36	特定施設入居者生活介護(短期利用)	地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用)	様式第6-7
		40	居宅介護支援		様式第7
		50	介護老人福祉施設	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	様式第8
		60	介護老人保健施設		様式第9
		61	介護医療院		様式9-2
70	介護療養型医療施設		様式第10		
介護予防	11	介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所リハビリテーション 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	様式第2-2	
		24	介護予防短期入所生活介護	様式第3-2	
		25	介護予防短期入所療養介護(老健施設)	様式第4-2	
		26	介護予防短期入所療養介護(病院・診療所)	様式第5-2	
		2B	介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	様式第4-4	
		31		介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	様式第6-2
		33	介護予防特定施設入居者生活介護		様式第6-4
		35		介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用)	様式第6-6
41	介護予防支援		様式第7-2		
総合事業	10	介護予防訪問介護相当サービス 訪問型サービスA 介護予防通所介護相当サービス 通所型サービスA		様式第2-3	

介護保険課にご提出ください

地域包括ケア推進課にご提出ください

・申立理由

申立理由番号	申立理由
02	請求誤りによる実績取り下げ
11	台帳誤り修正による過誤調整
12	請求誤りによる実績取り下げ(同月)

通常過誤の場合は02、
同月過誤の場合は12
に○をつけてください。

・備考(同月過誤の場合は備考欄に記入のこと)

同月過誤 9月

希望する過誤方法と、申立月(処理月)をご記入ください。
なお、申立月(処理月)に係る提出期限は以下の通りです。

【通常過誤】 申立月の10日必着
【同月過誤】 申立月の前月末必着