

介護給付費過誤申立書

介護給付費審査委員会 殿

保険者番号	2 8 2 1 7 8
保険者名	川 西 市
事業者名	Ⓜ
連絡先	TEL番号 ()

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。 平成 年 月 日

事業者番号	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
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		

サービス種類		事由コード	過誤事由
10 訪問通所明細	32 特定施設・地域密着型特定施設明細		01 台帳誤り修正による保険者申立の過誤調整
11 訪問通所明細(介護予防)	33 特定施設明細(介護予防)		02 請求誤りによる実績取り下げ
21 短期入所明細	34 認知症短期利用型明細		42 適正化による保険者申立の過誤取下げ
22 老人保健施設短期入所明細	35 認知症短期利用型明細(介護予防)		99 その他の事由による実績の取り下げ
23 病院又は診療所における短期入所明細	40 計画費明細		
24 短期入所明細(介護予防)	41 計画費明細(介護予防)		
25 老人保健施設短期入所明細(介護予防)	50 介護老人福祉施設明細(地域密着型含む)		
26 病院又は診療所における短期入所明細(介護予防)	60 介護老人保健施設明細		
30 認知症・特定施設明細	70 介護療養型医療施設明細		
31 認知症明細(介護予防)			

※1 サービス種類10、11には小規模多機能型居宅介護も含まれます。

※2 申立自由コードはサービス種類と過誤自由の4ケタで記入してください。(例)居宅サービス計画を取り下げる場合→申立事由コードは4002となります