

介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立書

別紙5

宛先 大和市長

平成 年 月 日

下記の介護予防・日常生活支援総合事業について、
過誤を申し立てます。

なお、当該事業所の請求誤り等で当月支払額が過誤調整額を下回った場合においては、当該事業所の所在する国民健康保険団体連合会が発行する納入通知書により、差額調整を行うことに同意します。

<input type="checkbox"/>	通常過誤
<input type="checkbox"/>	同月過誤

事業所番号			
事業所名	印		
所在地			
連絡先		担当者	

	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
				様式番号	理由番号	
1			平成 年 月	1	0	
2			平成 年 月	1	0	
3			平成 年 月	1	0	
4			平成 年 月	1	0	
5			平成 年 月	1	0	
6			平成 年 月	1	0	
7			平成 年 月	1	0	
8			平成 年 月	1	0	
9			平成 年 月	1	0	
10			平成 年 月	1	0	

●総合事業用の申立事由コードの上2ケタ(様式番号)は10で固定です。

●下2ケタは、該当する理由番号を記入してください。

【記入例】

介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立書

宛先 大和市長

「通常」か「同月」か、必ず
チェックを入れてください。

平成 29年 6月 1日

下記の介護予防・日常生活支援総合事業について、
過誤を申し立てます。

なお、当該事業所の請求誤り等で当月支払額が過誤調整
額を下回った場合においては、当該事業所の所在する国民
健康保険団体連合会が発行する納入通知書により、差額
調整を行うことに同意します。

<input checked="" type="checkbox"/>	通常過誤
<input type="checkbox"/>	同月過誤

事業所番号	1234567890		
事業所名	〇〇包括支援センター		印
所在地	大和市下鶴間1-1-1		
連絡先	046-260-5169	担当者	介護太郎

	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
				様式番号	理由番号	
1	0000123456	大和 太郎	平成 29 年 4 月	1 0	0 2	請求誤り
2			平成 年 月	1 0		
3			平成 年 月	1 0		
4			平成 年 月	1 0		
5			平成 年 月	1 0		
6			平成 年 月	1 0		
7			平成 年 月	1 0		
8			平成 年 月	1 0		
9			平成 年 月	1 0		
10			平成 年 月	1 0		

「申立事由」は、
概要を記載してください。

「様式番号」は10で固定です。

「理由番号」は、別添のコード
一覧表を参考にしてください。

●総合事業用の申立事由コードの上2ケタ(様式番号)は10で固定です。

●下2ケタは、該当する理由番号を記入してください。