

介護給付費過誤申立書

(あて先) 宇都宮市長

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。
 なお、この申立により利用者の自己負担額が変更になる場合は、利用者に対して返還又は追加徴収を行います。

令和 年 月 日

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	電話番号
担当者名	

番号	被保険者番号	フリガナ 被保険者氏名	サービス 提供年月	申立事由 コード	◎申立理由番号	再請求
1						有・無
2						有・無
3						有・無
4						有・無
5						有・無
6						有・無
7						有・無
8						有・無
9						有・無
10						有・無

◎申立理由番号一覧	
番号	理由
1	市による指導監査のため
2	公費の請求漏れによる取り下げ
3	減免対象者の請求誤り
4	加算の算定誤り(加算名記載する)
5	単位数の記入誤り
6	サービス提供実績なし
7	サービス提供日数誤り

- ※1 提出期限は毎月末日です。(末日が閉庁日の場合は前閉庁日)
- ※2 返戻となったものについては過誤申立の必要はありません。国保連合会で審査決定したものの(請求が通ったもの)について、過誤申立を行ってください。
- ※3 被保険者番号がHから始まる番号の過誤申立は生活福祉課へ提出して下さい。
- ※4 申立事由コードは、別紙「過誤申立事由コード表」を参照下さい。

記載例

(あて先) 宇都宮市長

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。
 なお、この申立により利用者の自己負担額が変更になる場合は、利用者に対して返還^{※1}や追加徴収を行います。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

介護給付費過誤申立書

事業所番号	0123456789
事業所名	〇〇事業所
所在地	〒320-8540 宇都宮市旭1-1-5
連絡先	電話番号 028-600-0000
担当者名	再請求の有無に〇をつける 宇都宮 太郎

申立書の提出日を記入

再請求の有無に〇をつける

番号	被保険者番号	フリガナ 被保険者氏名	サービス 提供年月	申立事由 コード	申立理由番号	再請求	申立理由番号一覧	
							番号	理由
1	0009999999	カイゴ ハナコ 介護 花子	令和元年4月	1002	1	有・無	1	市による指導監査のため
2	0098765123	ウツノミヤ タロウ 宇都宮 太郎	令和元年1月	2102	4 送迎加算	有・無	2	公費の請求漏れによる取り下げ
3	0098765432	ウツノミヤ ハナ 宇都宮 花	令和元年1月	1102	6	有・無	3	減免対象者の請求誤り
4						有・無	4	加算の算定誤り(加算名記載する)
5						有・無	5	単位数の記入誤り
6						有・無	6	サービス提供実績なし
7						有・無	7	サービス提供日数誤り
8						有・無		
9						有・無		
10						有・無		

上2ケタについては様式番号, 下2ケタについては申立理由番号を記入
 (「過誤申立事由コード表」を参照)

申立を行うこととなった理由を右側にある一覧

- ※1 提出期限は毎月末日です。(末日が閉庁日の場合は前閉庁日)
- ※2 返戻となったものについては過誤申立の必要はありません。国保連合会で審査決定したもの(請求が通ったもの)について、過誤申立を行ってください。
- ※3 被保険者番号がHから始まる番号の過誤申立は生活福祉課へ提出して下さい。
- ※4 申立事由コードは、別紙「過誤申立事由コード表」を参照下さい。