

事業所 → 保険者 → 連合会

足立区

(131219)

過誤申立書

申立年月日 年 月 日

事業所番号									
事業所名称									
電話番号									
担当者名									

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号										フリガナ 氏名	サービス提供年月 (西 暦)		申立事由コード		サービスの種類	過誤申立の内容	再請求 がある 場合○ を記入		
														様式	申立理由					
1	0	0	0											年	月				<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	
2	0	0	0											年	月				<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	
3	0	0	0											年	月				<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	
4	0	0	0											年	月				<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	
5	0	0	0											年	月				<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	
6	0	0	0											年	月				<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	
7	0	0	0											年	月				<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	
8	0	0	0											年	月				<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	
9	0	0	0											年	月				<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	
10	0	0	0											年	月				<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	

- [注1] 毎月20日(20日が休庁日にあたる場合、直前の開庁日)が締切です。
窓口を持参または郵送で提出してください。(FAX不可)
- [注2] 返戻・保留になっていないことを確認して、ご提出ください。
- [注3] 同月過誤(差額調整)を希望する場合は、申立の翌月10日までに再請求してください。
- [注4] Hで始まる被保険者番号の方の場合は管轄の福祉事務所にお申し出ください。

問い合わせ先
〒120-8510
東京都足立区中央本町1-17-1
足立区介護保険課保険給付係
03(3880)5743(直通)

受 付 印

事業所 → 保険者 → 連合会

足立区

(131219)

過誤申立書

申立年月日 年 月 日

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
担当者名	

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号										フリガナ		サービス提供年月 (西暦)				申立事由コード		サービスの種類	過誤申立の内容	再請求 がある 場合○ を記入					
											氏名						様式	申立理由								
1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	アダチ タロウ	足立 太郎	2	0	1	8	年	4	月	1	0	0	2	訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	○
2	0	0	0	0	0	0	1	2	3	4	アダチ ハナコ	足立 花子	2	0	1	8	年	5	月	1	1	0	2	介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	
3	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	カイゴ ジロウ	介護 次郎	2	0	1	8	年	9	月	2	1	9	9	短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input checked="" type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	○
4	0	0	0																						<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	
5																									<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	
6																									<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	
7	0	0	0																						<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	
8	0	0	0																						<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	
9	0	0	0																						<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	
10	0	0	0																						<input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ <input type="checkbox"/> 区・都・県 (いずれかに○) の指導による実績取下げ <input type="checkbox"/> その他 ()	

・被保険者番号順にご記入ください。
 ・複数件数がある場合には、被保険者ごとサービス提供月順にご記入ください。

・別紙の申立事由コード表を参照し4桁の数字をご記入ください
 ・様式番号は介護と予防で異なりますのでご注意ください。

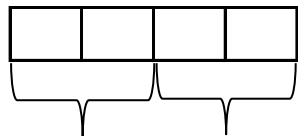
・該当する理由にチェックをつけてください。
 ・指導による取下げの場合は区・都・県のいずれかに○をしてください。
 ・その他の場合は必ず理由を記入してください。

[注1] 毎月20日(20日が休庁日にあたる場合、直前の開庁日)が締切です。
 窓口を持参または郵送で提出してください。(FAX不可)
 [注2] 返戻・保留になっていないことを確認して、ご提出ください。
 [注3] 同月過誤(差額調整)を希望する場合は、申立の翌月10日までに再請求してください。
 [注4] Hで始まる被保険者番号の方の場合は管轄の福祉事務所にお申し出ください。

問い合わせ先
 〒120-8510
 東京都足立区中央本町1-17-1
 足立区介護保険課保険給付係
 03(3880)5743(直通)

受付印

〔別紙〕 申立事由コード表



様式番号 申立理由番号

申立理由番号	申立理由
02	請求誤りによる実績の取下げ
42	区の適正化による実績の取下げ
99	区・都・県などの指導による実績の取下げ

介護給付（要介護者）		
様式番号	サービス種類	明細書様式
10	訪問介護	二
	訪問入浴介護	
	訪問看護	
	訪問リハビリテーション	
	通所介護	
	通所リハビリテーション	
	福祉用具貸与	
	居宅療養管理指導	
	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	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
	看護小規模多機能型居宅介護	
	地域密着型通所介護	
21	短期入所生活介護	三
22	短期入所療養介護（介護老人保健施設）	四
23	短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）	五
30	認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）	六
32	特定施設入居者生活介護（短期利用以外）	六の三
	地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用以外）	
34	認知症対応型共同生活介護（短期利用）	六の五
36	特定施設入居者生活介護（短期利用）	六の七
	地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）	
40	居宅介護支援（計画費）	七
50	介護福祉施設サービス	八
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
60	介護保健施設サービス	九
70	介護療養施設サービス	十

介護予防給付（要支援者）		
様式番号	サービス種類	明細書様式
11	介護予防訪問介護	二の二
	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	
	介護予防通所介護	
	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	
	介護予防居宅療養管理指導	
	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	三の二
25	介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設）	四の二
26	介護予防短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）	五の二
31	介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）	六の二
33	介護予防特定施設入居者生活介護	六の四
35	介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用）	六の六
41	介護予防支援（計画費）	七の二

介護予防・日常生活支援総合事業		
様式番号	サービス種類	明細書様式
10	訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス等）	二の三
	通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス等）	
	その他の生活支援サービス	