

須坂市長 あて

介護給付費 同月・通常 過誤返戻依頼書

※提出期限 5日

合計件数

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

年 月 日 提出

事業者名称										
事業者番号										
電話番号										
担当者名										

No.	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	介護 区分	サービス種類	理由(具体的に記入してください。 例:〇〇加算の取下げ 等)	当初請求 単位数	再請求 単位数	再請求予定月
1	<input type="text"/>	年 月	介護 ・ 予防					年 月
2	<input type="text"/>	年 月	介護 ・ 予防					年 月
3	<input type="text"/>	年 月	介護 ・ 予防					年 月
4	<input type="text"/>	年 月	介護 ・ 予防					年 月
5	<input type="text"/>	年 月	介護 ・ 予防					年 月
6	<input type="text"/>	年 月	介護 ・ 予防					年 月
7	<input type="text"/>	年 月	介護 ・ 予防					年 月
8	<input type="text"/>	年 月	介護 ・ 予防					年 月
9	<input type="text"/>	年 月	介護 ・ 予防					年 月
10	<input type="text"/>	年 月	介護 ・ 予防					年 月

須坂市長 あて

介護給付費 同月・通常 過誤返戻依頼書

※提出期限 5日

同月・通常 どちらかに○をしてください。

合計件数

3

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

令和 1年 6月 3日 提出

事業者名称	〇〇〇事業所									
事業者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
電話番号	※必ず記入願います									
担当者名	※必ず記入願います									

No.	被保険者番号 被保険者氏名										サービス提供年月	介護区分	サービス種類	理由(具体的に記入してください。) 例:〇〇加算の取下げ 等	当初請求 単位数	再請求 単位数	再請求予定月
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9							
1	須坂 花子										平成 30年 4月	介護 予防	通所介護	〇〇加算の算定について、〇〇が配置されていないにもかかわらず算定していたため	10,500	10,000	令和 1年 6月
2	同上										平成 31年 3月	介護 予防	同上	同上	10,500	10,000	令和 1年 6月
3	須坂 太郎										平成 31年 4月	介護 予防	居宅サービス計画費	初回加算の算定を取り下げるため	8,500	8,200	令和 1年 6月
4											年 月	介護 予防					年 月
5											年 月	介護 予防					年 月
6											年 月	介護 ・					年 月
7																	年 月
8																	年 月
9											年 月	・ 予防					年 月
10											年 月	介護 ・ 予防					年 月
計														29,500	28,200		

【 注 意 事 項 】

- ①締め切りは毎月5日です。
- ②提出は、窓口またはFAXをお願いします。
- ③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。
- ④申立てにより、利用者が市から支給されている高額介護サービス費に返還が生じる場合には、事業所より利用者に説明をしていただきます。

★請求単位数は、増減部分だけでなく、合計単位(基本単位数+加算等)全てを記入してください。