

記入例

介護給付費過誤申立書

〔過誤調整

月審査〕

玉野市長 様

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

原則、通常過誤の取り扱いとなります。
過誤審査月の翌月の過誤決定通知書を確認後に再請求される場合は再請求を行います。

提出日 令和 3年 10月 1日

事業所番号	*****1
事業所名称	玉野長寿***
住所	玉野市宇野1-27-1
連絡先	0863-32-5534
担当者名	玉野 たまの

高額サービス費対象者、公費対象者等わかる範囲で項目を選択

被保険者氏名	被保険者番号(10桁)	サービス提供年月					様式番号	事由番号	訂正前 保険請求額	訂正後 保険請求額	再請求 有・無	具体的な理由	高額・公費	公費等の詳細
玉野 太郎	0000***456	令和	3	年	4	月	10	02	65,115	56,268	有	***加算の算定誤り	公費	生活保護
				年		月								
				年		月								
				年		月								
				年		月								
				年		月								
				年		月								
				年		月								
				年		月								
				年		月								
				年		月								
				年		月								
				年		月								
				年		月								
				年		月								
				年		月								
				年		月								
				年		月								
				年		月								

再請求がある場合
→[有]を選択
取り下げのみ場合
→[無]を選択

(記入例)
***加算の算定誤り
***加算の算定忘れ
利用回数の誤り 3回→2回
公費本人負担の記載誤り
*,***円→*,***円 等

生活保護
特定医療
原爆助成 等
詳細を記載

再請求がある場合
→[有]を選択
取り下げのみ場合
→[無]を選択

(記入例)
***加算の算定誤り
***加算の算定忘れ
利用回数の誤り 3回→2回
公費本人負担の記載誤り
*,***円→*,***円 等

生活保護
特定医療
原爆助成 等
詳細を記載

* 被保険者番号がHから始まる場合は、介護保険の対象ではありません。福祉政策課(0863-32-5555)にお問い合わせください。

* 過誤により利用者負担額の調整が必要な場合は、本人の了承を得て精算を行い、領収書は回収し再発行を行う等、適切に対応してください。