

記入例

総合事業同月過誤申立書

提出日 令和 3年 10月 1日

[ 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。

過誤審査月と同じ月に再請求を行います。翌月の過誤決定通知書で審査結果を確認ください。

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	
		年	月	日	時									
玉野 太郎	0000***456	令和	3	年	4	月	10	12	8,613	6,885	有	一部のコードで負担割合の誤りがあったため 1割→2割	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								

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 等

生活保護  
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。