

介護給付費過誤申立依頼書

										依頼年月日	
事業所番号										担当者氏名	
事業所名称										電話番号	

サービス提供年月		年		月	※サービス提供月ごとに作成してください。
----------	--	---	--	---	----------------------

	被保険者番号										申立事由コード		理由 記入欄
	フリガナ										様式	理由	
	被保険者氏名												
1													
2													
3													

○申立事由コード

様式コード	
10	居宅サービス介護給付費明細書（訪問通所区分／居宅療養管理指導）
11	介護予防サービス介護給付費明細書（訪問通所区分／居宅療養管理指導）
21	居宅サービス介護給付費明細書（短期入所生活介護）
22	居宅サービス介護給付費明細書（介護老人保健施設における短期入所療養介護）
24	介護予防サービス介護給付費明細書（短期入所生活介護）
25	介護予防サービス介護給付費明細書（介護老人保健施設における短期入所療養介護）
26	介護予防サービス介護給付費明細書（病院又は診療所における短期入所療養介護）
30	居宅サービス介護給付費明細書（認知症対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護）
40	居宅介護支援介護給付費明細書
50	施設サービス等介護給付費明細書（介護老人福祉施設）
60	施設サービス等介護給付費明細書（介護老人保健施設）
61	施設サービス等介護給付費明細書（介護医療院）
70	施設サービス等介護給付費明細書（介護療養型医療施設）

理由コード	
02	請求誤りによる実績取り下げ
11	台帳誤り修正による過誤調整
99	その他の事由による実績の取り下げ

	枚中		枚目
--	----	--	----