

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

【再請求： **有** ・ 無】

目黒区長 宛
(保険者番号: 131102)

取下げた後、正しいデータで国保連に再請求をする場合には、「有」、
取下げだけの場合は「無」に○をご記入下さい。

事業者番号	1 3 7 1 × × × × × ×
事業者名称	〇〇サービス
電話番号	03-××××-××××
FAX番号	03-△△△△-△△△△
担当者名	●田×朗

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

令和 年

事業所番号、名称等を記入して下さい。この書類についての問い合わせをする場合の電話番号とご担当者名をご記入下さい。

	被保険者番号										フリガナ 被保険者氏名		サービス提供年月		申立事由コード				申立事由			
	0	0	0	0	△	△	△	△	△	△	メ	グ	タ	ロ	年	月	1	0	0	2	請求誤りの為(過剰請求 ○ 過少請求)	
1	0	0	0	0	△	△	△	△	△	目	黒	太	郎	H30	年	1	月	1	0	0	2	<input checked="" type="checkbox"/> 請求誤りの為(過剰請求 ○ 過少請求)
2																						<input type="checkbox"/> その他()
3																						<input type="checkbox"/> 請求誤りの為(過剰請求 ○ 過少請求)
4																						<input type="checkbox"/> その他()
5																						<input type="checkbox"/> その他()

請求データを取り下げる対象者の、被
保険者番号(10桁)と被保険者氏名を
ご記入下さい。

取り下げる請求データのサービス提供
年月をご記入下さい。

申立事由コードは、
様式番号2桁+申立理由2桁 です。

※コードについては、下表をご参照下さい。
例えば、訪問型サービスを請求誤りで取り
下げる場合には「1002」となります。

該当する事由にチェックを入れて下さい。

請求誤りの場合は、過剰請求か過少請求に○をご記
入下さい。

その他の場合は、理由をご記入下さい。
都道府県の実地指導で人員不足判明、
保険者の実地指導で加算要件を満たしていなかつ
た、
など。

様式 番号	サービス内容
10	介護予防・日常生活支援総合事業費明細書(訪問型・通所型など)
20	介護予防ケアマネジメント

申立 理由 番号	申立理由
02	請求誤りによる実績取り下げ
42	適正化による(その他)取り下げ(負担割合の変更など)
43	適正化による(ケアプラン点検)取り下げ(目黒区の実地指導など)
44	適正化による(給付費通知)取り下げ
45	適正化による(医療突合)取り下げ
46	適正化による(縦覧点検)取り下げ
47	適正化による(給付費実績を活用した情報提供)取り下げ
99	その他の事由による実績取り下げ(都の指導検査など)

送付先 (毎月20日必着)

〒153-8573
目黒区上目黒2-19-15
目黒区役所 介護保険課介護保険給付係 宛
電話03-5722-9847
※FAXでは受け付けておりません。
※年末などは、締切が早まる場合があります。