

事業者→保険者

介護給付費過誤申立依頼書

(兼 介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立依頼書)

(あて先) 松本市長

事業者番号	207020111
事業者名	デイサービス松本城
所在地	〒390-0000
	松本市丸の内〇番〇号
電話番号	0263-00-0000
名	松本 太郎

通常過誤分 (毎月18日締切)	同月過誤・再請求分 (毎月8日締切)
--------------------	-----------------------

(どちらかに〇をしてください。)

「サービス種類コード」又は「サービス種類名」を記入してください。

FAXで提出する場合は、氏名を記入しないでください。

下記 依頼します。 令和元 年 5月 7日

被保険者番号										被保険者氏名	サービス提供年月	国保連審査年月	サービス種類	申立事由	利用者負担額				
0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	松本 城	平成 令和	31年1月	平成 令和	31年2月	11	初回加算漏れ	変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	松本 城	平成 令和	31年4月	平成 令和	元年5月	訪問介護	算定日数誤り	変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	サービス提供年月は必ずご確認をお願いします。 誤っている場合は、別の月の実績が取下げとなっています。	平成 令和	元年5月	平成 令和	元年6月	訪問介護	算定日数誤り	変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
0	0	0	0	6	5	4	3	2	1		平成 令和								
											平成 令和								
											平成 令和								
											申立事由は、簡潔に記入してください。申立依頼書だけで説明できない場合は、介護給付費明細書等の写しに訂正箇所がわかるようにして添付してください。(手書きメモ等でかまいません)				過誤を行った結果、 ・利用者(被保険者)の料金が変わらない場合は「変更なし」 ・利用者から追加で料金を徴収する場合は「増(徴収)」 ・利用者へ料金を返還する場合は「減(返金)」 に○をしてください。				
											平成 令和	年 月	平成 令和	年 月			変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
											平成 令和	年 月	平成 令和	年 月			変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
											平成 令和	年 月	平成 令和	年 月			変更なし	増 (徴収)	減 (返金)

お手数ですが、被保険者番号順、提供年月日順で記入してください。同一被保険者はまとめて記入してください。

お手数ですが、被保険者番号順、提供年月日順で記入してください。同一被保険者はまとめて記入してください。

※お手数ですが、被保険者番号順、提供年月日順で記載をお願いします。(同一被保険者は、まとめて記載してください)

※介護給付費明細書の写しを訂正箇所がわかるように添付してください。