事業所 → 保険者

記 入 例

介護給付請求取下げ依頼書
(過誤申立書)

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	(
FAX番号	(
担当者名	

美濃加茂市長

被保険者番号順(同一被保険者で複数月ある場合は、サービス提供月順)に記載してください。

申立年月日を記入してください。

該当する申立事由にチェックを入れます。

下記の介護給付について、請[illegible]します。

依頼年月日: 年 月 日

番号	被保険者番号	フリガナ 被保険者氏名	サービス提供月	申立事由コード	申立事由
1	1100[illegible]		平成 年 月	1002	□請求の誤りによる取下げ □国又は県の指導検査の結果による □市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
2			月		□請求の誤りによる取下げ □国又は県の指導検査の結果による □市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
					□請求の誤りによる取下げ □国又は県の指導検査の結果による □市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
					□国又は県の指導検査の結果による □市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
					□請求の誤りによる取下げ □国又は県の指導検査の結果による □市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
					□請求の誤りによる取下げ □国又は県の指導検査の結果による □市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ
					□請求の誤りによる取下げ □国又は県の指導検査の結果による □市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ

※市[illegible]。

4桁の数字のうち、**上2桁はサービスの種類**を表します。

- 10･･･訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハ、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハ、福祉用具貸与、定期巡回･随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス
- 11･･･介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護･介護予防訪問 リハ、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所介護、介護予防通所リハ、介護予防福祉用具貸与、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護
- 21･･･短期入所生活介護 、 22･･･短期入所療養介護(介護老人保健施設)
- 23･･･短期入所療養介護(病院･診療所) 、 24･･･介護予防短期入所生活介護
- 25･･･介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設)
- 26･･･介護予防短期入所療養介護(病院･診療所)
- 30･･･認知症対応型共同生活介護 、 31･･･介護予防認知症対応型共同生活介護
- 32･･･特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護
- 33･･･介護予防特定施設入居者生活介護
- 34･･･認知症対応型共同生活介護(短期利用型)
- 35･･･介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型)
- 36･･･特定施設入居者生活介護(短期利用型)、地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)
- 40･･･居宅介護支援 、 41･･･介護予防支援
- 50･･･介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 60･･･介護老人保健施設 、 70･･･介護療養型医療施設

4桁の数字のうち、**下2桁は申立事由の種類**を表します。

- ××02･･･請求誤りによる実績取下げ
- ××99･･･その他の事由による実績取下げ
- ××42･･･適正化による保険者申立の過誤取下げ
- ××12･･･同月過誤による実績取下げ(保険者に連絡してください。)