

記入例

# 介護給付請求取下げ依頼書 (過誤申立書)

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、請求を取り下げます。

依頼年月日: 年 月 日

|       |     |
|-------|-----|
| 事業所番号 |     |
| 事業所名称 | 印   |
| 電話番号  | ( ) |
| FAX番号 | ( ) |
| 担当者名  |     |

| 番号 | 被保険者番号 |   |   |   |   |  |  |  |  |  | フリガナ   | サービス提供月 |    | 申立事由コード |   |   |   | 申立事由 |   |  |
|----|--------|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--------|---------|----|---------|---|---|---|------|---|--|
|    |        |   |   |   |   |  |  |  |  |  | 被保険者氏名 |         |    |         |   |   |   |      |   |  |
| 1  | 1      | 1 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |        | フリガナ    | 平成 | 年       | 月 | 1 | 0 | 0    | 2 | <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ<br><input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による<br><input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ   |
| 2  |        |   |   |   |   |  |  |  |  |  |        |         |    |         |   |   |   |      |   | <input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による<br><input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ<br><input type="checkbox"/> 国又は県の指導検査の結果による<br><input type="checkbox"/> 市からの給付費確認(適正化)による実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ |

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。)