

## 介護給付費過誤申立書

摂津市 様

※どちらか一方に○をつけて下さい。

	同月過誤
	通常過誤

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	電話番号
担当者氏名	

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

年 月 日

↓被保険者番号は10桁中、下6桁をご記入ください。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	様式番号	申立事由
9 8 7 6 5 4	摂津 太郎	R3 年 12月	1 0	(例)「給付適正化による過誤」、「請求誤りによる実績取り下げ」等
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

様式番号

- 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、地域密着型通所介護、通所リハ、福祉用具貸与、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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護)  
 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…(介護老人保健施設における短期入所療養介護) 23…(病院又は診療所における短期入所療養介護) 24…(介護予防短期入所生活介護) 25…(介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護)  
 26…(病院又は診療所における介護予防短期入所療養介護) 30…(認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護) 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)) 40…(居宅介護支援介護給付費明細書)  
 41…(介護予防支援介護給付費明細書) 50…(介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設) 60…(介護老人保健施設) 70…(介護療養型医療施設)