

介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立書

摂津市高齢介護課 様

※どちらか一方に○をつけて下さい。

<input type="checkbox"/> 同月過誤	提出締切日:毎月25日必着(土日祝の場合は直前の開庁日)
<input type="checkbox"/> 通常過誤	提出締切日:毎月10日必着(土日祝の場合は直前の開庁日)

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	被保険者氏名	サービス提供年月	申立コード		申立事由
			様式番号	申立理由番号	
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			

様式番号		
訪問型サービス(みなし)、訪問型サービス(独自)、訪問型サービス(独自/定率)、訪問型サービス(独自/定額) 通所型サービス(みなし)、通所型サービス(独自)、通所型サービス(独自/定率)、通所型サービス(独自/定額) 10 その他の生活支援サービス(配食/定率)、その他の生活支援サービス(配食/定額) その他の生活支援サービス(見守り/定率)、その他の生活支援サービス(見守り/定額) その他の生活支援サービス(その他/定率)、その他の生活支援サービス(その他/定額)	20	介護予防マネジメント

申立理由番号			
01 台帳誤り修正による保険者申立の過誤調整		12 請求誤りによる実績取下げ(同月)	その他の申立理由番号については、大阪府国民健康保険団体連合会のホームページに掲載されていますので、必ずご確認ください。
02 請求誤りによる実績取下げ		49 適正化(その他)による保険者申立の過誤取下げ(同月)	
42 適正化(その他)による保険者申立の過誤取下げ			

介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立書

記入例

こちらに○をつけて下さい。

	同月過誤
	通常過誤

提出締切日:毎月25日必着(土日祝の場合は直前の開庁日)

提出締切日:毎月10日必着(土日祝の場合は直前の開庁日)

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	被保険者氏名	サービス提供年月	申立コード		申立事由
			様式番号	申立理由番号	
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			
0 0 0 0		年 月			

申立事由コード及び申立事由は大阪府国民健康保険団体連合会のホームページに掲載されていますので、必ずご確認の上ご記入ください。

被保険者番号をご記入ください。みなし2号(Hから始まる被保険者番号)については様式が異なります。詳しくは生活支援課までお問い合わせください。

様式番号		
10 訪問型サービス(みなし)、訪問型サービス(独自)、訪問型サービス(独自/定率)、訪問型サービス(独自/定額) 通所型サービス(みなし)、通所型サービス(独自)、通所型サービス(独自/定率)、通所型サービス(独自/定額) その他の生活支援サービス(配食/定率)、その他の生活支援サービス(配食/定額) その他の生活支援サービス(見守り/定率)、その他の生活支援サービス(見守り/定額) その他の生活支援サービス(その他/定率)、その他の生活支援サービス(その他/定額)	20	介護予防マネジメント

申立理由番号			
01	台帳誤り修正による保険者申立の過誤調整	12	請求誤りによる実績取下げ(同月)
02	請求誤りによる実績取下げ	49	適正化(その他)による保険者申立の過誤取下げ(同月)
42	適正化(その他)による保険者申立の過誤取下げ		

その他の申立理由番号については、大阪府国民健康保険団体連合会のホームページに掲載されていますので、必ずご確認ください。