

# 介護給付費過誤申立書兼総合事業過誤申立書

七戸町長 殿

令和 年 月 日

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

記入必須

	被保険者証番号	被保険者氏名	サービス提供年月	様式番号	申立理由番号
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

事業者番号										
所在地	〒 _____									
事業者名										
連絡先										

様式番号	様式名称	様式番号	様式名称
10	介護(訪問・通所系)	32	特定施設・地域特定施設
11	予防(訪問・通所系)	33	予防 特定施設
21	短期入所生活介護	34	認知症型短期
22	短期入所療養介護(老健)	35	予防 認知症短期
23	短期入所療養介護(療養型)	40	居宅支援
24	予防 短期入所生活介護	41	予防支援
25	予防 短期入所療養介護(老健)	50	老人福祉施設・地域福祉施設
26	予防 短期入所療養介護(療養型)	60	介護老人保健施設
30	認知症対応・特定施設	70	介護療養型医療施設
31	予防 認知症対応		

※請求明細書の様式番号とは異なることに留意すること。

申立理由番号	申立理由
02	請求誤りによる実績取り下げ(同月過誤の場合:12)
42	適正化による保険者申立の過誤取下げ(同月過誤の場合:49)
99	その他の事由による実績の取下げ
詳細な申立理由	

\_\_\_\_\_ 枚目 / \_\_\_\_\_ 枚中 \_\_\_\_\_ 総件数 \_\_\_\_\_ 件

※様式番号、申立理由番号については、右表を参照して記入してください。空欄の場合は返却いたします。  
 ※総合事業過誤申立ての場合、余白に「総合事業分」と朱書きしてください。