

介護給付費同月過誤申立書

【同月】

いの町長様

____枚中 ____枚

____年 ____月 ____日

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

過誤申立後の再請求の予定及び利用者負担額の精算状況については、下記のとおりです。

(いの町からの求めがあれば、利用者負担額の精算状況を示す書類を提示します。)

本過誤申立を原因として、いの町から利用者へ給付費(高額介護サービス費等)返還請求をする場合があることを、当事業所から利用者に説明します。

また、給付費返還請求について、利用者からの問い合わせに対し、いの町から当事業所の給付費請求状況等を回答してもかまいません。

事業所番号																				
事業所名																				
所在地																				
代表者名 (法人名)																				
担当者名																				
電話番号																				

保険者番号	3	9	3	8	6	8	保険者名	いの町
-------	---	---	---	---	---	---	------	-----

申立事由コード上2桁の凡例		
居宅サービス	介護予防サービス	施設サービス等
様式第二 →10	様式第二の二→11	様式第八 →50
様式第三 →21	様式第三の二→24	様式第九 →60
様式第四 →22	様式第四の二→25	様式第十 →70
様式第五 →23	様式第五の二→26	
様式第六 →30	様式第六の二→31	
様式第六の三→32	様式第六の四→33	
様式第六の五→34	様式第六の六→35	
様式第六の七→36	様式第七の二→41	
様式第七 →40		

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由	再請求	利用者負担額の精算状況 (精算日・精算方法については精算済の場合のみ記入)				
					精算済・未	精算日	年	月	日
	年 月	1 2		増同減額	精算済・未	精算日	年	月	日
					未の理由				
					精算方法				
	年 月	1 2		増同減額	精算済・未	精算日	年	月	日
					未の理由				
					精算方法				
	年 月	1 2		増同減額	精算済・未	精算日	年	月	日
					未の理由				
					精算方法				
	年 月	1 2		増同減額	精算済・未	精算日	年	月	日
					未の理由				
					精算方法				
	年 月	1 2		増同減額	精算済・未	精算日	年	月	日
					未の理由				
					精算方法				
	年 月	1 2		増同減額	精算済・未	精算日	年	月	日
					未の理由				
					精算方法				