

令和 7 年度 介護給付費等過誤申立書の提出日程について

令和 7 年度の介護給付費等過誤申立書の本市への提出日程は次のとおりです。

処理（審査）月		締切日
令和 7 年	4 月	8 日（火）
	5 月	8 日（木）
	6 月	10 日（火）
	7 月	9 日（水）
	8 月	7 日（木）
	9 月	9 日（火）
	10 月	8 日（水）
	11 月	7 日（金）
	12 月	9 日（火）
令和 8 年	1 月	7 日（水）
	2 月	6 日（金）
	3 月	10 日（火）

過誤申立書の提出は、紙媒体の場合は各締切日の 17 時必着、電子申請の場合は各締切日の 23 時までの申請をお願いいたします。

個人情報保護の観点から、FAX による誤送を防止するため、過誤申立書は、FAX・電子メールによる受付は行いませんのでご了承ください。電子申請は e-kanagawa をご活用ください。

<電子申請はこちら>

https://dshinsei.e-kanagawa.lg.jp/142018-u/offer/offerList_detail.action?tempSeq=33024

《事務担当》〒238-8550 横須賀市小川町 11 番地
横須賀市民生局福祉こども部介護保険課 給付係
TEL 822-8253（直通）

過誤申立依頼について【通常過誤】

サービス事業者等は神奈川県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」）に審査決定済の介護報酬請求等を修正、取り下げの場合は、保険者（横須賀市）に対して過誤申立依頼を行う必要があります。

しかし、審査決定済となっていないもの（返戻された場合）は、過誤申し立て依頼の必要はなく、あらためて国保連へ記載内容を正して請求を行います。

また、誤った内容で請求を行い、返戻されなかった場合は審査決定となつてから過誤申し立て依頼を行います。

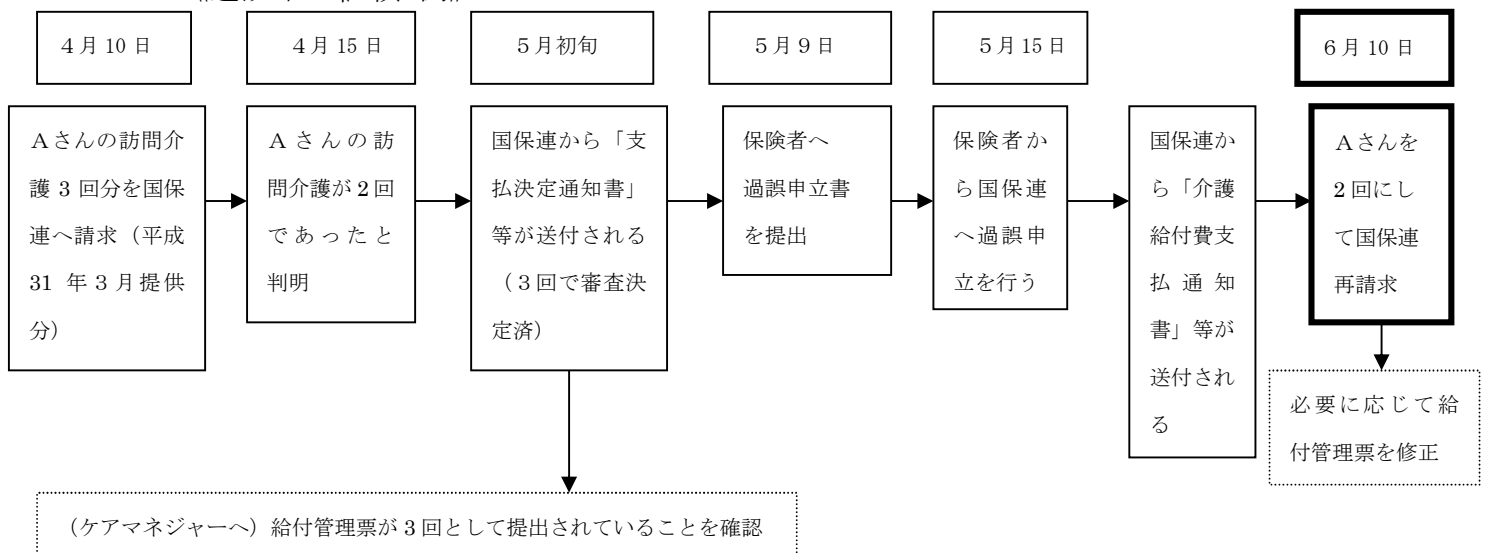
過誤申立を行う事由は、次の事由が考えられます。

- 請求内容の誤り（単位数や提供回数等）があった場合
 - サービス提供そのものがなかったため、取り下げを行う場合。
 - 行政の実地指導、監査等で、介護報酬請求等の是正があった場合。
- ※ 居宅系サービス（限度額管理を行うサービス）で、国保連への請求は正しく行ったにもかかわらず、支払決定金額が異なっている場合は、ケアマネジャーが作成する給付管理票と差異がある場合があります。その場合は、給付管理票の修正で対応できる場合がありますので、過誤申立依頼を行う前に、ケアマネジャーに確認を取ることが必要です。

《通常過誤申立方法》

- 1 過誤申立予定の事項が、審査決定済となっているかを確認する。
- 2 ケアマネジャーの給付管理票と差異がないか確認する。
- 3 保険者（横須賀市）に対して介護給付費等過誤申立書を提出する。
- 4 翌月、国保連から「介護給付費過誤決定通知書」等が送付される。
- 5 （請求内容が誤ったため再請求を必要とする場合）翌々月、国保連へ請求内容を正した給付費明細書または事業費明細書を提出する。

《過誤申立依頼 例》



過誤申し立て依頼について【同月過誤】

同月過誤とは、審査決定後の介護報酬請求等について、横須賀市へ過誤申立依頼を行うと同時に、国保連へ記載内容を正して請求を行うことです。

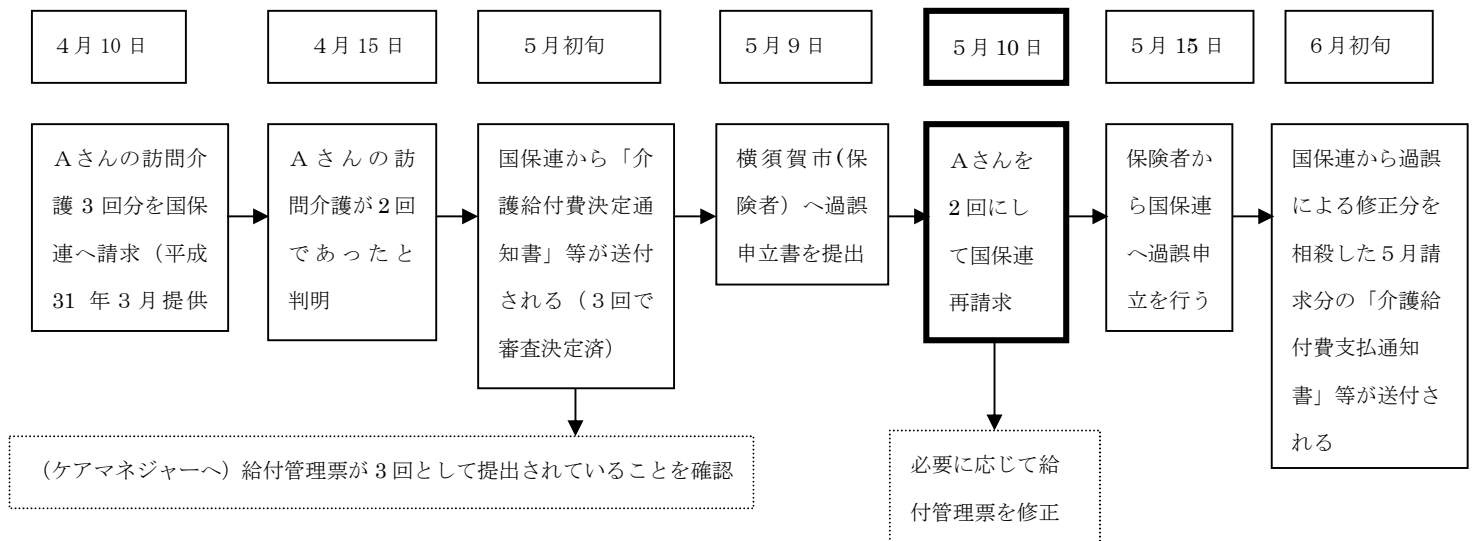
通常過誤と異なり、過誤決定を待たずに再請求することが可能です。

例) 横須賀市への過誤申立依頼 → 令和4年4月8日までに提出
国保連への正しい請求 → 令和4年4月請求分として
4月10日までに請求

《同月過誤申し立て方法》

- 1 過誤申立予定の事項が、審査決定済となっているかを確認する。
- 2 ケアマネジャーの給付管理票と差異がないか確認する。
- 3 保険者（横須賀市）に対して介護給付費等過誤申立書を提出する。
- 4 国保連へ請求内容を正した給付明細書または事業費明細書を提出する。
- 5 当月末～翌月初め、国保連から「介護給付費決定通知書」等が送付される。
- 6 翌月25日に支払われる金額で、差額が調整される。

《過誤申立依頼 例》



横須賀市介護給付費等過誤申立書の記載要領

- (1) 申立する過誤内容に合わせて、「通常過誤」又は「同月過誤」どちらか一方のチェックボックス「□」にレ点を入れる、又は黒く塗りつぶす。
- (1) 「事業者番号」欄に登録番号を記載する。
- (2) 「事業者名」欄に事業者名を記載する。
- (3) 実地指導等の指摘を受けて行う過誤申立の場合は、「□実地指導等の指摘を受けて行う過誤申立である」のチェックボックス「□」にレ点を入れる、又は黒く塗りつぶす。
- (5) 「令和 年 月 日」欄に横須賀市への提出年月日を記載する。
- (6) 「被保険者番号・被保険者名」欄に上段に被保険者証等の被保険者番号を下段に氏名をそれぞれ記載する。
- (7) 「サービス提供年月」欄に過誤の対象となるサービス提供月の開始月と終了月を記載する。対象となる月が一月だけの場合は、開始月のみ記載する。対象期間中に切れ目がある場合は段を分けて記載する。
(例：同一被保険者において、4月、5月、7月、8月が過誤対象月の場合は、「4月～5月」と「7月～8月」を2段に分けて記載する)
- (8) 「様式番号」欄に下記の表から様式番号を記載する。

様式番号

様式番号	様 式 名 称
1 0	(様式第二) 居宅サービス介護給付費明細書（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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・小規模多機能型居宅介護（短期利用）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用） (様式第二の三) 介護予防・日常生活支援総合事業費請求明細書（訪問型サービス・通所型サービス・その他の生活支援サービス）
1 1	(様式第二の二) 介護予防サービス介護給付費明細書（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・介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用））
2 1	(様式第三) 居宅サービス介護給付費明細書（短期入所生活介護）
2 4	(様式第三の二) 介護予防サービス介護給付費明細書（介護予防短期入所生活介護）
2 2	(様式第四) 居宅サービス介護給付費明細書（介護老人保健施設における短期入所療養介護）
2 5	(様式第四の二) 介護予防サービス給付費明細書（介護老人保健施設における短期入所療養介護）
2 A	(様式第四の三) 居宅サービス介護給付費明細書（介護医療院における短期入所療養介護）
2 B	(様式第四の四) 介護予防サービス介護給付費明細書（介護医療院における短期入所療養介護）
2 3	(様式第五) 居宅サービス介護給付費明細書（病院または診療所における短期入所療養介護）
2 6	(様式第五の二) 介護予防サービス給付費請求明細書（病院または診療所における介護予防短期入所療養介護）
3 0	(様式第六) 居宅サービス介護給付費明細書（認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護＜平成18年3月サービス以前＞）
3 1	(様式第六の二) 介護予防サービス給付費請求明細書（介護予防認知症対応型共同生活介護）
3 2	(様式第六の三) 居宅サービス介護給付費明細書（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）
3 3	(様式第六の四) 介護予防サービス給付費明細書（介護予防特定施設入居者生活介護）
3 4	(様式第六の五) 居宅サービス介護給付費明細書（認知症対応型共同生活介護（短期利用型））

3 5	(様式第六の六) 介護予防サービス給付費明細書 (介護予防認知症対応型共同生活介護 (短期利用型))
3 6	(様式第六の七) 居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書 (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))
4 0	(様式第七) 居宅介護支援介護給付費明細書
4 1	(様式第七の二) 介護予防支援介護給付費明細書 (介護予防支援)
2 0	(様式第七の三) 介護予防・日常生活支援総合事業費請求明細書 (介護予防ケアマネジメント)
5 0	(様式第八) 施設サービス等介護給付費明細書 (介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設)
6 0	(様式第九) 施設サービス等介護給付費明細書 (介護老人保健施設)
6 1	(様式第九の二) 施設サービス等介護給付費明細書 (介護医療院)
7 0	(様式第十) 施設サービス等介護給付費明細書 (介護療養型医療施設)

◎申立先

〒238-8550 横須賀市小川町 11 番地

横須賀市民生局福祉こども部介護保険課 給付係

TEL 822-8253 (直通)

介護給付費等過誤申立書

☐通常過誤 ☐同月過誤

横 須 賀 市 長 殿

下記の介護給付等について、過誤を申し立てます。

なお、当該事業所の請求誤り等で当月支払額が過誤調整額を下回った場合においては、神奈川県国民健康保険団体連合会が発行する納入通知書により、差額調整を行うことに同意します。

事業者番号	
事業者名	
☐ 実地指導等の指摘を受けて行う過誤申立である	

下記の介護給付等について、過誤を申し立てます。 令和 年 月 日

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
	平成・令和	~	平成・令和		
	年 月		年 月		
	平成・令和	~	平成・令和		
	年 月		年 月		
	平成・令和	~	平成・令和		
	年 月		年 月		
	平成・令和	~	平成・令和		
	年 月		年 月		
	平成・令和	~	平成・令和		
	年 月		年 月		

記載例

横 須 賀 市 長 殿

下記の外護相付等について、廻映を申し立てより。

なお、当該事業所の請求誤り等で当月支払額が過誤調整額を下回った場合においては、神奈川県国民健康保険団体連合会が発行する納入通知書により、差額調整を行うことに同意します。

「通常過誤」か「同月過誤」のどちらか一方に必ずチェックをいれてください

書立甲誤迴寸只

☒ 通常過誤
 ☐ 同月過誤

事業者番号	14700000××
-------	------------

14700000 × ×

事業者名	吾妻島ヘルパーステーション
------	---------------

吾妻島ヘルパーステーション

☐ 実地指導等の指摘を受けて行う過誤申立である

下記の介護給付等について、過誤を申し立てます。 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

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
0000000000	令和 4年 3月	～	平成・令和 年 月	10	訪問介護回数を2回のところ3回で請求してしまっため
横須賀 太郎					
	平成・令和 年 月	～	平成・令和 年 月	様式番号は一覧表をご参考ください	
	平成・令和 年 月	～	平成・令和 年 月		
	一月分だけの過誤の場合は空欄にしてください		平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月	～	平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月	～	平成・令和 年 月		

記載例

介護給付費等過誤申立書

☐ 通常過誤☒ 同月過誤

横 須 賀 市 長 殿

下記の介護給付等について

なお、当該事業所の請求誤り
った場合においては、神奈川県
納入通知書により、差額調整実地指導等を受けての過誤申立の
場合は、必ずここにチェックを入
れてください

事業者番号

14700000××

事業者名

吾妻島デイサービスセンター

☒ 実地指導等の指摘を受けて行う過誤申立である

下記の介護給付等について、過誤を申し立てます。 令和〇年 〇〇月 〇〇日

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
0000000000 横須賀 太郎	令和 2 年 4 月	~	令和 2 年 10 月	10	口腔機能向上加算を取り下げたため
0000000000 横須賀 太郎	令和 3 年 2 月	~	令和 5 年 3 月	10	口腔機能向上加算を取り下げたため
	平成・令和 年 月	~	平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月		平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月		平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月	~	平成・令和 年 月		