介護給付費等過誤申立書

**「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**

記載例

[x] 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 | 14700000×× |  |
| 事業者名 | 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○○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 |
| 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　**一月分だけの過誤の場合は空欄にしてください**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 |  |  |
|  |

介護給付費等過誤申立書

[ ] 通常過誤　　[x] 同月過誤

**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**

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 | 14700000×× |  |
| 事業者名 | 吾妻島デイサービスセンター |
| [x] 　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　○○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 | 平成　３１年　４月 | ～ | 令和１年　10月 | 10 | 口腔機能向上加算を取り下げたため |
| 横須賀　太郎 |
| 0000000000 | 令和　２年　２月 | ～ | 令和４年　３月 | 10 | 口腔機能向上加算を取り下げたため |
| 横須賀　太郎 |
|  | 平成・令和　年　月 | ～**同一被保険者でも、期間にブランクがある場合は、段を分けてください** | 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 |  |  |
|  |
|  | 平成・令和　年　月 | ～ | 平成・令和年　月 |  |  |
|  |