

過誤申立依頼書

(あて先)八尾市長

1. 通常過誤(毎月10日必着)

2. 同月過誤(毎月25日必着)

※該当する番号に○をして下さい

正・誤の請求明細を添付し、下記のとおり過誤申立を依頼いたします。

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|
| 保険者番号 | 2 | 7 | 2 | 1 | 2 | 0 | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供年月 | | | | | | 年 | 月 | | | | | |
| 国保連合会への請求年月 | | | | | | 年 | 月 | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | (| |) | - | | | | | | | | |
| FAX番号 | (| |) | - | | | | | | | | |
| 担当者名 | | | | | | | | | | | | |

※該当する様式番号・申立理由番号を○で囲んで下さい。

・様式

| 区分 | 様式番号 | 居宅サービス・施設サービス | 地域密着型サービス | 明細書様式 | |
|------|-------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------|
| 介護給付 | 10 | 訪問介護 | 夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 地域密着型通所介護 | 様式第2 | |
| | | 訪問入浴介護 | | | |
| | | 訪問看護 | | | |
| | | 訪問リハビリテーション | | | |
| | | 居宅療養管理指導 | | | |
| | | 通所介護 | | | |
| | | 通所リハビリテーション | | | |
| | | 福祉用具貸与 | | | |
| | 21 | 短期入所生活介護 | / | 様式第3 | |
| | 22 | 短期入所療養介護(老健施設) | | 様式第4 | |
| | 2A | 介護医療院短期入所療養介護 | | 様式第4-3 | |
| | 23 | 短期入所療養介護(病院・診療所) | | 様式第5 | |
| | 30 | | | 認知症対応型共同生活介護(短期利用以外) | 様式第6 |
| | 32 | 特定施設入居者生活介護(短期利用以外) | | 地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外) | 様式第6-3 |
| 34 | | 認知症対応型共同生活介護(短期利用) | | 様式第6-5 | |
| 36 | 特定施設入居者生活介護(短期利用) | 地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用) | | 様式第6-7 | |
| 40 | 居宅介護支援 | | | 様式第7 | |
| 50 | 介護老人福祉施設 | 地域密着型老人福祉施設入居者生活介護 | | 様式第8 | |
| 60 | 介護老人保健施設 | / | | 様式第9 | |
| 61 | 介護医療院 | | | 様式第10 | |
| 70 | 介護療養型医療施設 | | | 様式第9-2 | |
| | | | | | |
| 介護予防 | 11 | 介護予防訪問入浴介護 | 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 | 様式第2-2 | |
| | | 介護予防訪問看護 | | | |
| | | 介護予防訪問リハビリテーション | | | |
| | | 介護予防居宅療養管理指導 | | | |
| | | 介護予防通所リハビリテーション | | | |
| | | 介護予防福祉用具貸与 | | | |
| | 24 | 介護予防短期入所生活介護 | / | 様式第3-2 | |
| | 25 | 介護予防短期入所療養介護(老健施設) | | 様式第4-2 | |
| | 2B | 介護医療院介護予防短期入所療養介護 | | 様式第4-4 | |
| | 26 | 介護予防短期入所療養介護(病院・診療所) | | 様式第5-2 | |
| 31 | | 介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外) | | 様式第6-2 | |
| 33 | 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | 様式第6-4 | |
| 35 | | 介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用) | | 様式第6-6 | |
| 41 | 介護予防支援 | | | 様式第7-2 | |

・申立理由

| 申立理由番号 | 申立理由 |
|--------|----------------|
| 通常 同月 | |
| 01 | 台帳過誤による実績取り下げ |
| 02 | 請求誤りによる実績取り下げ |
| 42 | 給付適正化による実績取り下げ |

※該当する番号に○をして下さい

| 備考 | | | |
|-----|-----|---------|---------|
| 入力者 | 確認者 | 国保連申立年月 | 給付実績確認日 |
| | | | / |