

(事業所 → 保険者)

介護給付費過誤申立書

令和 ○年 ○月 ○日

事業所番号	4770123457				
事業所名称	○△◇ケアサービス				
所在地	〒 904 - うるま市みどり町○丁目○番○号				
連絡先	担当者氏名	うるま 花子			
	電話番号	098-973-3208			

記入例

うるま市長 様

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

No.	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月 年 月	指定 種類	申立事由 コード	申立事由	請求(誤)					請求(正)					保険者返還額
							サービスコード	単位数	回数	サービス 単位数	負担 割合	サービスコード	単位数	回数	サービス 単位数	負担 割合	
1	1245678	うるま 太郎	R6 年 1 月	介護	4046	初回加算誤り(居宅介護支援)	4312345	1,086	1	1,086	1割	4312345	1,086	1	1,086	1割	
2	〃	〃	R6 年 1 月	介護	4046	〃	4367890	300	1	300	1割						3,000
3	6987541	具志川 花子	R6 年 2 月	総合事業	1002	通所型独自サービス回数誤り	A61234	447	4	1,788	2割	A61123	447	3	1,341	2割	3,576
4	〃	〃	R6 年 2 月	総合事業	1002	〃	A65678	160	1	160	2割	A65678	160	1	160	2割	
5	〃	〃	R6 年 2 月	総合事業	1002	〃	A69012	241	1	241	2割	A69012	200	1	200	2割	328
6	12345	与那城良子	R6 年 4 月	地域密着型	1002	公費請求漏れ	781234	566	5	2,830	1割	781234	566	5	2,830	1割	
7	〃	〃	R6 年 4 月	地域密着型	1002	〃	785678	230	1	230	1割	785678	230	1	230	1割	
8			年 月														
9			年 月														
10			年 月														
11			年 月														
12			年 月														
13			年 月														
14			年 月														
15			年 月														
16			年 月														
17			年 月														
18			年 月														
19			年 月														
20			年 月														
						合計				6,635				12	5,847		6,904