

事業者 → 保険者

介護給付費過誤申立書（保険者依頼用）

宇佐市長 へ

事業所名	デイサービスセンター宇佐
所在地	〒879-0492
	宇佐市大字上田1030番地の1
連絡先	0978-27-8149(担当:〇〇)

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

(**通常処理** ・ 同月処理)

平成 31 年 2 月 13 日

事業所番号	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
4 4 7 1 1 0 0 0 0 0 0	0 1 2 3 4 5 6 7 0 0 宇佐 太郎	平成 30 年 4 月	1 0 0 2	個別機能訓練加算 I の取り下げ…(注1)
	0 2 3 4 5 6 7 8 0 0 宇佐 次郎	平成 30 年 11 月	1 0 0 2	
4 4 7 1 1 0 0 0 0 0 0	0 3 4 5 6 7 8 9 0 0 大分 花子	平成 30 年 4 月	1 0 4 2	・実地指導に基づく自主返還 …(注3) ・口腔機能向上加算の取り下げ
	0 3 4 5 6 7 8 9 0 0 大分 花子	平成 30 年 5 月	1 0 4 2	
	0 3 4 5 6 7 8 9 0 0 大分 花子	平成 30 年 6 月	1 0 4 2	
	0 0	年 月		※請求明細書の過誤前(当初)と過誤分の両方を添付すること。(共通事項) (注1)加算名等を具体的に記載すること。 (注2)具体的な内容、総合事業である旨を記載すること。 (注3)実地指導に基づく場合はその旨記載すること。
	0 0	年 月		
	0 0	年 月		
	0 0	年 月		
	0 0	年 月		

※同月過誤処理を希望される場合は、事前に連絡の上、前月末までに提出してください。(例:8月同月処理を希望される場合は7月末までに提出)