

# 記入例

## 介護給付費 過誤申立書

|       |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 0            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 事業所名称 | 〇〇介護サービス     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 電話番号  | 03-3647-9111 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 担当者名  | 〇〇           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 申立年月日 | 令和5年8月10日    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

事業所番号ごとに作成してください

以下の介護給付費について、過誤を申し立てます。

| 被保険者番号                | フリガナ               |            | サービス提供年月 | 申立事由コード |      | サービスの種類  | 申立事由<br>(該当する事由にチェックや○をつけてください) | 再請求の有無 |
|-----------------------|--------------------|------------|----------|---------|------|--|---------------------------------|--------|
|                       | 被保険者氏名             | 様式         |          | 申立理由    |      |  |                                 |        |
| 1 0 0 0 5 0 0 0 1 2 3 | トウヨウ サクラ<br>東陽 さくら | 令和 5 年 6 月 | 1 0 0 2  |         | 訪問介護 | <input checked="" type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> その他... | 有・無                             |        |
| 2 0 0 0 7 0 0 0 8 9 0 | トウヨウ サクラ<br>砂町 みどい | 令和 5 年 5 月 | 1 0 0 2  |         | 訪問介護 | <input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ<br><input checked="" type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> その他... | 有・無                             |        |
|                       |                    |            |          |         |      | <input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> その他...            | 有・無                             |        |
|                       |                    |            |          |         |      | <input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> その他...            | 有・無                             |        |
| 5 0 0 0               |                    |            |          |         |      | <input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> その他...            | 有・無                             |        |
| 6 0 0 0               |                    | 令和 年 月     |          |         |      | <input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> その他...            | 有・無                             |        |
| 7 0 0 0               |                    | 令和 年 月     |          |         |      | <input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> その他...            | 有・無                             |        |
| 8 0 0 0               |                    | 令和 年 月     |          |         |      | <input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> その他...            | 有・無                             |        |
| 9 0 0 0               |                    | 令和 年 月     |          |         |      | <input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> その他...            | 有・無                             |        |
| 10 0 0 0              |                    | 令和 年 月     |          |         |      | <input type="checkbox"/> 請求誤りによる実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> (区・都・県)の指導による実績の取下げ<br><input type="checkbox"/> その他...            | 有・無                             |        |

●被保険者番号の小さい順に記入してください

●別紙の申立事由コード一覧を参照のうえ記入してください  
●様式番号は要介護者と要支援者で異なります

※ 毎月20日(休日の場合は直前の開庁日)が締切です。締切後にご提出されたものは翌月の処理となります。  
 ※ 通常、サービス提供月の2か月後から申立が可能です。国保連合会で返戻・保留になっていないことを確認のうえご提出ください。  
 ※ Hで始まる被保険者番号の過誤申立は、管轄の福祉事務所へご提出ください。  
 ※ ひと月に50件以上過誤申立を行う場合は、事前に提出日についてご相談ください。

問い合わせ先  
 〒135-8383 東京都江東区東陽4-11-28  
 江東区福祉部介護保険課給付係 TEL 03-3647-9498(直通)