介護給付費過誤申立書　　　　　　　　　【再請求：有・無】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 河　内　町　長　　　様下記の介護給付について、過誤を申し立てます。令和　　　年　　　月　　　日 | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 担当者名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 | 　　　　　（　　　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号被保険者氏名 | サービス提供年月 | 申立コード | 申立事由 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |

介護給付費過誤申立書の記載上の注意

１　「申立コード」欄について

申立コードは、様式番号と申立理由番号を組み合わせて表します。左２桁に「様式番号」、右２桁に「申立理由番号」を記載してください。

（1）様式番号

【介護給付】

|  |  |
| --- | --- |
| 様式番号 | 様式名称 |
| １０ | 訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・居宅療養管理指導・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・定期巡回随時対応訪問介護看護・看護小規模多機能型居宅介護・地域密着型通所介護 |
| ２１ | 短期入所生活介護 |
| ２２ | 介護老人保健施設における短期入所療養介護 |
| ２３ | 病院又は診療所における短期入所療養介護 |
| ３０ | 認知症対応型共同生活介護（短期利用以外） |
| ３２ | 特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者介護（短期利用以外） |
| ３４ | 認知症対応型共同生活介護（短期利用型） |
| ３６ | 特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者介護（短期利用型） |
| ４０ | 居宅介護支援（計画費） |
| ５０ | 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設 |
| ６０ | 介護老人保健施設 |
| ７０ | 介護療養型医療施設 |

【予防給付】

|  |  |
| --- | --- |
| 様式番号 | 様式名称 |
| １１ | 介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防通所介護・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防居宅療養管理指導・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 |
| ２４ | 介護予防短期入所生活介護 |
| ２５ | 介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護 |
| ２６ | 病院又は診療所における介護予防短期入所療養介護 |
| ３１ | 介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外） |
| ３３ | 介護予防特定施設入居者生活介護 |
| ３５ | 介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型） |
| ４１ | 介護予防支援（予防計画費） |

【介護予防・日常生活総合支援事業】

|  |  |
| --- | --- |
| 様式番号 | 様式名称 |
| １０ | 訪問型・通所型・その他サービス |

（2）申立理由番号　※このコード以外の申し立て理由の場合は必ず事前に町に連絡してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申立理由番号 | 申立理由 |
| ０２ | 請求誤りによる実績取下 |
| ４２～５７ | 適正化による保険者・公費負担者申し立てによる取下 |

２　「申立事由」欄について

　　申立事由を具体的に記載してください。必要があれば請求の正誤表をつけてください。

３　　同月過誤について

　　同月過誤実施に際しては必ず国保連に事前連絡の上実施計画書等の様式を国保連ＨＰより入手し、

そのうえで保険者と調整のうえ、指示に従って実施してください。