

(事業所 → 保険者)

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

記入例

介護給付費過誤申立書

事業所番号	4770123456		
事業所名称	○×サービスセンター		
所在地	〒 904 - 沖縄市△△○丁目○番○号		
連絡先	担当者氏名	沖縄 太郎	
	電話番号	098-939-1212	

沖縄市長 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 平成 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	点数	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	1234567	沖縄 花子	29 年 3 月	総合事業	1042	初回加算誤り(居宅介護支援)	434001	300	1	300	1割		0	0	0	1割	2,700
2	8901234	美里 次郎	29 年 4 月	介護	1049	個別機能訓練加算 I 算定誤り	155051	46	20	920	1割	155051	46	10	460	1割	4,140
3	5678901	美里 次郎	29 年 4 月	介護	1049	処遇改善加算 I (過誤調整に伴う)	156107	338	1	338	1割	156107	330	1	330	1割	72
4	2345678	泡瀬 美子	29 年 9 月	地域密着型	1002	通所介護入浴介助加算誤り	155301	50	15	750	1割	155301	50	20	1,000	1割	△ 2,250
5			年 月							0	1割				0		0
6			年 月							0	1割				0		0
7			年 月							0	1割				0		0
8			年 月							0					0		0
9			年 月							0					0		0
10			年 月							0					0		0
11			年 月							0					0		0
12			年 月							0					0		0
13			年 月							0					0		0
14			年 月							0					0		0
15			年 月							0					0		0
16			年 月							0					0		0
17			年 月							0					0		0
18			年 月							0					0		0
19			年 月							0					0		0
20			年 月							0					0		0
						合計				2,308			31	1,790		4,662	