

過誤申立依頼書(公費負担者)

2号みなしの方の場合は、「H」で始まる番号をご記入ください。

保険者名 (市町村)	2 9 0 0 0 0
被保険者番号	H 1 2 3 4 5 6 7 8 9
被保険者氏名	介護 太郎
サービス提供年月	平成 30 年 04 月分

事業所番号	
事業所名	介護事業所
電話番号	(0744) 29 - 8319
FAX番号	(0744) 29 - 8322
担当者名	〇 〇

取下げを行なう利用者の情報を記載してください。

取下げは請求明細書単位となります。取下げをしたい明細書を確認し、「様式番号」を○で囲んでください。

区分	様式番号	店名	サービス名	明細書様式
介護給付	10	訪問介護・訪問入浴介護 訪問看護・訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所介護 通所リハビリテーション 福祉用具貸与	地域密着型通所介護 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	様式第2
	21	短期入所生活介護		様式第3
	22	短期入所療養介護(老健施設)		様式第4
	2A	短期入所療養介護(介護医療院)		様式第4-3
	23	短期入所療養介護(病院・診療所)		様式第5
	30		認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	様式第6
	32	特定施設入居者生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護	様式第6-3
	34		認知症対応型共同生活介護(短期利用)	様式第6-5
	40	居宅介護支援		様式第7
	50	介護老人福祉施設	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	様式第8
	60	介護老人保健施設		様式第9
	61	介護医療院		様式第9-2
70	介護療養型医療施設		様式第10	
介護予防	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 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所介護 介護予防通所リハビリテーション 介護予防福祉用具貸与	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	様式第2-2
	24	介護予防短期入所生活介護		様式第3-2
	25	介護予防短期入所療養介護(老健施設)		様式第4-2
	2B	介護予防短期入所療養介護(介護医療院)		様式第4-4
	26	介護予防短期入所療養介護(病院・診療所)		様式第5-2
	31		介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	様式第6-2
	33	介護予防特定施設入居者生活介護		様式第6-4
	35		認知症対応型共同生活介護(短期利用)	様式第6-6
41	介護予防支援		様式第7-2	

請求書出し直しの場合は「02」になります。

・申立理由

申立理由番号	申立理由
01	台帳誤り修正による過誤調整
02	請求誤りによる実績取り下げ
99	その他事由による実績の取り下げ

生活保護の受給者番号等を必ずご記入ください。

・備考

公費負担者番号()	12291234
公費受給者番号()	1234567