過誤申立依頼書

記載例
（様式2での請求誤りの場合）

取下げを行なう利用者の情報を記載してください。

被保険者番号	0 0 0 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 令和 1 年 5 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	○ ○

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。

※該当する様式番号と申立理由を記載してください。

・様式

区分	様式番号	居宅サービス	密着型サービス	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	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		様式第6-4
	35		介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用)	様式第6-6
	41	介護		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
02	請求誤りによる実績取り下げ

・備考

・当様式は奈良県被保険者用です。県外被保険者の過誤申請様式についてはそれぞれの市町村にお問い合わせください。
・過誤申請受付窓口は　市町村介護保険課となりますのでご注意ください。