

# 過誤申立依頼書

**記載例**  
(2号みなしである被保険者の様式2での請求誤りの場合)

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
介護 太郎										
年 5 月分										

事業所番号	
事業所名	
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。  
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。

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番号を○で囲んで下さい。

・様式

区分	様式番号	居宅サービス・施設サービス	地域密着型サービス	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	型訪問介護 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
	介護予防	61	介護医療院	
70		介護療養型医療施設		様式第10
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		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
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