

**(記入例)**

**介護給付費過誤申立依頼書**

塩尻市長 様

毎月18日締

毎月8日締切

締切日が、土日祝日の場合は、  
休日の前日までに提出をお願いします。

通常過誤    **同月過誤・再請求** (どちらかに○をしてください)

事業所番号	0 0 0 0 2 0 2 1 5 0
事業所名	デイサービス塩尻
所在地	〒399-0786 塩尻市大門7-3-3
連絡先	0263-52-0280
担当者氏名	塩尻 一郎

次の介護給付について、過誤の申立てを依頼します

令和 99 年 12 月 10 日

被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	サービス種類	申立事由	誤 算定単位	正 算定単位	調整単位	誤 利用者負担額	正 利用者負担額	負担額差額
0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 塩尻 太郎	令和1年9月	通所介護	初回加算請求漏れ	5,000	5,500	500	500	550	50
0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 塩尻 太郎	令和1年10月	通所介護	算定日数誤り	5,000	4,500	-500	500	450	-50
0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 塩尻 太郎	令和1年11月	通所介護	算定日数誤り	5,000	4,500	-500	500	450	-50
0 0 0 0 6 5 4 3 2 1 塩尻 花子	平成31年4月	通所介護	加算請求漏れ	3,000	4,000	1,000			
0 0 0 0 6 5 4 3 2 1 塩尻 花子	平成31年5月	通所介護	加算請求漏れ	3,000	4,000	1,000			

被保険者番号順、提供年月日順で記入をお願いします。

介護給付費明細書の給付単位数を記入してください。

利用者からの追加徴収や返金がある場合のみ、記入をお願いします。(変更なしの場合は、記入不要)

※介護給付費明細書の写しを添付してください。 通常過誤: 誤った請求の介護給付費明細書  
同月過誤: 誤った請求+正しい請求の介護給付費明細書