介護給付費　過誤申立書

■ 通常過誤　　□ 同月過誤
□ 介護給付費適正化等による過誤

福山市長　様

2022年4月1日

記載例

事業所番号：1234567890
事業所・施設名：デイサービスふくやま
所在地：福山市東桜町3番5号
電話番号：084－928－1232
担当者名：福山　花子

次の被保険者の保険給付について、過誤がありましたので申し立てます。

No.	被保険者氏名	被保険者番号	サービス提供年月	申立事由コード	（誤）請求単位	（正）請求単位	申立事由	サービス種別
1	介護　太郎	1234567890	202101	1049				通所介護
2	介護　太郎	1234567890	202102	1049	●●	▲▲	人に対して請求を行ったため、請求を取り下げるものです。	通所介護
3	介護　太郎	1234567890	202103	1049	●●	▲▲	○○加算の算定要件を満たさない人に対して請求を行ったため、請求を取り下げるものです。	通所介護
4	東　桜	9876543210	202102	1012	●●	▲▲	公費負担受給者にもかかわらず、自己負担分を請求したため、請求を取り下げるものです。	通所介護
5	東　桜	9876543210	202103	1012	●●	▲▲	公費負担受給者にもかかわらず、自己負担分を請求したため、請求を取り下げるものです。	通所介護
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

利用者・サービス提供年月ごとに入力してください。

・（誤）の請求単位と（正）請求単位についてはそれぞれの**総単位数**を入力してください。
※総単位数・・・基本報酬と加算（※処遇改善加算なども含む）を含めたひと月分の総単位数。

（例）1000単位であれば、「1000」と入力してください。
※「1,000」とカンマを入力しないでください。