

# 介護給付費過誤申立書

藤沢市役所  
介護保険課 総務・給付担当

年 月 日

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

なお、当該事業所の請求誤り等で当月支払額が過誤調整額を下回った場合においては、神奈川県国民保険団体連合会が発行する納入済通知書により、差額調整を行うことに同意します。

<input type="checkbox"/> 通常過誤
<input type="checkbox"/> 同月過誤

事業所番号	
事業所名	
所在地	
電話番号	
担当者名	

	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	様式番号	理由番号	備考
1			平成・令和 年 月			
2			平成・令和 年 月			
3			平成・令和 年 月			
4			平成・令和 年 月			
5			平成・令和 年 月			
6			平成・令和 年 月			
7			平成・令和 年 月			
8			平成・令和 年 月			
9			平成・令和 年 月			
10			平成・令和 年 月			

～様式番号～	
介護給付	予防給付
10 様式第2	11 様式第2-2
21 様式第3	24 様式第3-2
22 様式第4	25 様式第4-2
2A 様式第4-3	2B 様式第4-4
23 様式第5	26 様式第5-2
30 様式第6	31 様式第6-2
32 様式第6-3	33 様式第6-4
34 様式第6-5	35 様式第6-6
36 様式第6-7	
40 様式第7	41 様式第7-2
50 様式第8	
60 様式第9	
61 様式第9-2	
70 様式第10	

～申立理由番号～
01 台帳誤り修正による保険者申立の過誤調整
02 請求誤りによる実績取下げ
42 適正化による保険者申立の過誤取下げ
99 その他の事由による実績の取下げ

- ①被保険者番号順・②サービス提供年月順に記入してください。
- サービス提供年月は該当の元号を○で囲んで下さい。
- 国保連合会の審査が未決定、または返戻・保留となっている場合、過誤調整をする必要はありません。
- 被保険者番号がHから始まっている方は介護扶助の単独利用

TEL 0466-50-3527  
FAX 0466-50-8443

入力	審査	受付

事由 コード	明細書様式	サービス種類
10	様式第2	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
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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（含 短期利用）
		複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護（含 短期利用））、地域密着型通所介護
11	様式第2-2	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（含 短期利用）
21	様式第3	短期入所生活介護
22	様式第4	短期入所療養介護（介護老人保健施設）
2A	様式第4-3	短期入所療養介護（介護医療院）
23	様式第5	短期入所療養介護（介護療養型医療施設・病院・診療所等）
24	様式第3-2	介護予防短期入所生活介護
25	様式第4-2	介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設）
2B	様式第4-4	介護予防短期入所療養介護（介護医療院）
26	様式第5-2	介護予防短期入所療養介護（介護療養型医療施設・病院・診療所等）
30	様式第6	認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）
31	様式第6-2	介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）
32	様式第6-3	特定施設入居者生活介護（短期利用以外）、地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用以外）
33	様式第6-4	介護予防特定施設入居者生活介護
34	様式第6-5	認知症対応型共同生活介護（短期利用）
35	様式第6-6	介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用）
36	様式第6-7	特定施設入居者生活介護（短期利用）、地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）
40	様式第7	居宅介護支援
41	様式第7-2	介護予防支援
50	様式第8	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
60	様式第9	介護老人保健施設
61	様式第9-2	介護医療院
70	様式第10	介護療養型医療施設