

# 介護予防・日常生活支援総合事業費(訪問型サービス・通所型サービス) 過誤申立書

藤沢市役所  
介護保険課 総務・給付担当

年 月 日

下記の事業費について、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	

No.	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	0			
1			平成・令和 年 月	1	0			
2			平成・令和 年 月	1	0			
3			平成・令和 年 月	1	0			
4			平成・令和 年 月	1	0			
5			平成・令和 年 月	1	0			
6			平成・令和 年 月	1	0			
7			平成・令和 年 月	1	0			
8			平成・令和 年 月	1	0			
9			平成・令和 年 月	1	0			
10			平成・令和 年 月	1	0			

【様式番号については様式番号10（訪問型サービス・通所型サービス用）で固定です】  
※介護予防ケアマネジメント費は別の様式となります。

- 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者ですので、福祉事務所へお問い合わせください。

～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

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

入力	審査	受付