

介護給付費明細書の取消（過誤）申立書

埼玉県 松伏町長 宛

（保険者番号 1 1 4 6 5 2）

申立年月日	年 月 日
事業所番号	
事業所名	
所在地	
電話番号	
担当者名	
過誤処理希望月	月 通常過誤 ・ 同月過誤

下記の介護給付費明細書について、取消しを申立てます。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	支給決定単位数 (1か月分)	特定入所者介護 サービス費等 (円)	申立事由 コード	過誤申立内容※1	
						過誤 番号	具体的な過誤申立の理由
0 0 0 0		年 月					
0 0 0 0		年 月					
0 0 0 0		年 月					
0 0 0 0		年 月					
0 0 0 0		年 月					
0 0 0 0		年 月					
0 0 0 0		年 月					
0 0 0 0		年 月					
0 0 0 0		年 月					
0 0 0 0		年 月					

【提出期限について】 郵送可、期限必着

◎通常過誤は 処理月の10日 まで

◎同月過誤は 処理月の前月25日 まで

（『同月過誤処理依頼書』と併せて提出）

過誤申立内容 ※1	
過誤番号	具体的な過誤申立の理由
1 請求誤りによる取下げ	例) 初回加算の請求がもれていた為
2 適正化（国保連等の縦覧点検・医療との突合）による取下げ	例) 人員欠如による減算請求をしなかった為
3 その他の事由（都道府県の指導監査等の指摘）による取下げ	例) 特定疾患の公費分を請求しなかった為