

# 介護給付費過誤申立依頼書

※一般過誤または同月過誤を○で囲み、同月過誤の場合は再請求月を必ず記入してください。

一般過誤
同月過誤(      年      月再請求分)

保険者名	東大阪市
------	------

事業所番号	
事業所名	
電話番号	(      )
FAX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	～      年      月

※該当する様式番号・申立理由番号を○で囲んでください。

様式

様式番号	様式名称	明細書様式
10	居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書 (訪問介護・通所介護・居宅療養管理指導・福祉用具貸与・小規模多機能型居宅介護 等)	様式第2
11	介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書 (介護予防居宅療養管理指導・介護予防福祉用具貸与・介護予防小規模多機能型居宅介護 等)	様式第2の2
21	居宅サービス介護給付費明細書(短期入所生活介護)	様式第3
24	介護予防サービス介護給付費明細書(介護予防短期入所生活介護)	様式第3の2
22	居宅サービス介護給付費明細書(介護老人保健施設における短期入所療養介護)	様式第4
25	介護予防サービス介護給付費明細書 (介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護)	様式第4の2
23	居宅サービス介護給付費明細書(病院等における短期入所療養介護)	様式第5
26	介護予防サービス介護給付費明細書(病院等における介護予防短期入所療養介護)	様式第5の2
2A	居宅サービス介護給付費明細書(介護医療院における短期入所療養介護)	様式第4の3
2B	介護予防サービス介護給付費明細書(介護医療院における介護予防短期入所療養介護)	様式第4の4
30	地域密着型サービス介護給付費明細書(認知症対応型共同生活介護(短期利用以外))	様式第6
31	地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書 (介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外))	様式第6の2
32	居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書 (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))	様式第6の3
33	介護予防サービス介護給付費明細書(介護予防特定施設入居者生活介護)	様式第6の4
34	地域密着型サービス介護給付費明細書(認知症対応型共同生活介護(短期利用))	様式第6の5
35	地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書 (介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用))	様式第6の6
36	居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書 (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))	様式第6の7
40	居宅介護支援介護給付費明細書	様式第7
41	介護予防支援介護給付費明細書	様式第7の2
50	施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書 (介護福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)	様式第8
60	施設サービス等介護給付費明細書(介護保健施設サービス)	様式第9
61	施設サービス等介護給付費明細書(介護医療院サービス)	様式第9の2
70	施設サービス等介護給付費明細書(介護療養施設サービス)	様式第10

申立理由

申立理由番号	申立理由
02	請求誤りによる実績取り下げ
49	適正化による保険者申立の取り下げ
(      )	(      )

注) この依頼書に大阪府国民健康保険団体連合会に請求した明細書の写しと正しい明細書を正と誤を明記した上でそれぞれ1部添付してください。

備考

	高額介護サービス費確認
	有      ・      無
	(      )

受付者
-----

受 付 印
-------