

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

介護給付費/介護予防・日常生活支援総合事業 過誤申立依頼書

北上市長 様

**【提出期限】**  
 1. 通常過誤 国保連提出日の前日午前までに市へ提出  
 2. 同月過誤 国保連提出日の前日午前までに市へ提出  
 \* 別紙、提出日参照

過誤種別	通常過誤 <b>同月過誤</b> (過誤処理月 6 月) ※該当する種別を○で囲み、過誤処理月を記載してください。
事業所番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
事業者名	ヘルパーステーション○○
所在地	〒000-000 北上市芳町○-○
電話番号	000-000-0000
担当者名	○○

次の介護給付について、過誤調整が必要ですので手続きについてよろしくをお願いします。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	様式 番号	申立理由 番号	サービスの種類	過誤申立の内容			
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	北上 太郎	平成 27 年 4 月	1 0	0 2	訪問介護	例) ○○加算の算定誤りのため			
		平成 年 月							
		平成	別紙「過誤申立事由コードについて」 をご確認いただき、該当する番号を記 入してください。						
		平成							
		平成							
<p><b>【注意点】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 返戻、保留、審査中となっている請求は取り下げできません。</li> <li>・ 同月過誤の場合、過誤申立を行う月に必ず再請求を行ってください。再請求を行わなかった場合、通常過誤となります。</li> <li>・ 給付管理票の修正が行われる場合は、修正の翌月以降に過誤調整してください（給付管理票の修正と過誤は、同じ月に行うことはできません）。</li> <li>・ 生活保護受給者で65歳未満の人（Hから始まる番号の人）の場合の手続きは、福祉課生活保護係へ確認してください。</li> </ul>									
		平成 年 月							