

事業所 → 保険者

介護給付費明細書及び介護予防・日常生活総合支援事業費明細書過誤調整申請書 記入間違いに注意してください。

保険者番号	4	2	3	0	7	9
保険者名	長与町					

事業所番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
事業所名称	訪問介護事業所 ○○○									
事業所所在地	〒	1	1	1	-	2	2	2	2	
	西彼杵郡長与町○○郷○○番地○○									
連絡先(電話番号)	000-333-4444									

担当者名	長与
------	----

被保険者番号・被保険者氏名に関しては、記入間違いがあった場合、**受付できません** のでご注意ください。

長与町HP内にありますコード表を基に記入してください。

申請日を記入してください。

〇〇年 〇月 〇日

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由 コード	申立理由	介護保険請求額の変更の有無	金額の増減 (※有の場合)	確認欄
				( <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 )	( <input checked="" type="radio"/> 増 ・ 減 )	✓
				( 有 ・ 無 )	( 増 ・ 減 )	
				( 有 ・ 無 )	( 増 ・ 減 )	
				( 有 ・ 無 )	( 増 ・ 減 )	
				( 有 ・ 無 )	( 増 ・ 減 )	

様式 申立理由番

該当する項目に○をお願いします。

申立理由はできるだけ詳しく記入してください。例えば、“請求誤り”だけではなく、具体的にどういった内容の請求誤りなのか記入してください。  
 例)・**請求誤り(原爆入力漏れ)**  
 ・**単位数の誤り**  
 ・**機能訓練加算誤り**  
 ・**利用実績日数(回数)誤り** など

1. 本様式は、保険者ごとに作成して、当該保険者へ提出してください。
2. 過誤調整を行わずに再請求されると重複請求となります。
3. 申立事由コードは、別紙コード表によりご記入ください。
4. 過誤調整を行うことで、対象者の受領済みの高額介護サービス費等の返納金が生じることがあります。その旨対象者にご説明いただきましたら、【確認欄】にチェックを入れてください。