介護予防･日常生活支援総合事業費過誤申立書

（宛先）

秦野市長

令和　〇〇年　　〇月　　〇日

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、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い額が過誤調整額を下回った場合においては、神奈川県国民健康保険団体連合会または当該事業所の所在する国民健康保険団体連合会が発行する納入通知により、差額調整を行うこととします。

記載例

保険者番号	1 4 2 1 1 7
事業所番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7
事業所名称	**秦野サービス事業所**　印
所在地	**秦野市〇〇町△－△－△**
連絡先電話番号	**０４６３－１２－３４５６**
担当者名	**秦野　太郎**

No.	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	申立事由
1	0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 **秦野　太郎**	令和 1 年 7 月	1 0 0 2	**請求誤りによる実績取下げ**
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		

「申立事由コード」の**上2ケタ**（様式番号）は、10です。
10：介護予防･日常生活支援総合事業費明細書
（訪問型サービス費･通所型サービス費･その他の生活支援サービス費）

下2ケタ（申立理由番号）は、下記から該当する番号を記入してください。
02：請求誤りによる実績取り下げ
12：請求誤りによる実績取り下げ（同月）
42：適正化による保険者申立の過誤取り下げ
99：その他の事由による実績の取り下げ

過誤申立は、窓口に持参または、郵送での受付のみとさせていただいています。
FAXやEメールでの受付は行っておりませんので、御了承ください。

提出先
秦野市役所高齢介護課
高齢介護計画担当
〒257-8501　秦野市桜町一丁目3番2号
電話　0463－86－6583（直通）

使用しているプリンタにより、プリントアウトする際、余白の修正等が必要になると思われますが、項目等の幅等はオリジナルと違っていても結構です（必要項目が揃っていれば可）。