

## 介護給付費過誤申立書

鹿沼市長 宛

事業所番号	
事業所名	印
担当者名	
所在地	〒      —
連絡先	電話番号      —      —

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

本過誤申立を原因として、鹿沼市から利用者へ高額介護サービス費  
返還請求がある場合は、当事業所が利用者にもその旨を説明します。

令和      年      月      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
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		

- ※1 提出期限は、毎月月末です。(末日が閉庁日の場合は、前開庁日)
- ※2 返戻となったものについては過誤申立の必要はありません。国補連合会で審査決定したもの(請求が通ったもの)について、過誤申立を行ってください。
- ※3 被保険者番号がHから始まる番号の過誤申立は厚生課へ提出してください。
- ※4 申立事由コードは、別紙「(過誤申立)様式番号」及び「(過誤申立)申立理由番号」を参考ください。

## 介護給付費過誤申立書

鹿沼市長 宛

事業所番号	
	印
所在地	〒
連絡先	電話番号

申立書を提出する日付を記入してください。

太枠の中は必ず記入してください。

事業所印を押印してください。

下記の介護給付について、過誤を申し立てる。本過誤申立を原因として、鹿沼市から利用者へ高額介護サービス返還請求がある場合は、当事業所が利用者にもその旨を説明します。

平成 31 年 4 月 1 日

被保険者番号 被保険者名	サービス提供年月	申立事由コード	申立理由
0 0 0 1 2 4 5 6 7 ○○○ ○○○	平成 31 年 2 月	2 1 0 2	誤って短期入所利用日を3日分多く請求してしまったため
年	年 月	年 月	年 月
年 月	年 月	年 月	年 月
年 月	年 月	年 月	年 月
年 月	年 月	年 月	年 月
年 月	年 月	年 月	年 月
年 月	年 月	年 月	年 月

受付後、鹿沼市で確認します。

様式番号(2ケタ)  
様式番号一覧シートを参照

申立理由番号(2ケタ)  
申立理由番号一覧シートを参照

過誤申立てをする理由がわかるように、修正内容を具体的に記入してください。

- ※1 提出期限は、毎月月末です。(末日が閉庁日の場合は、前開庁日)
- ※2 返戻となったものについては過誤申立の必要はありません。国補連合会で審査決定したもの(請求が通ったもの)について、過誤申立を行ってください。
- ※3 被保険者番号がHから始まる番号の過誤申立は厚生課へ提出してください。
- ※4 申立事由コードは、別紙「(過誤申立)様式番号」及び「(過誤申立)申立理由番号」を参考ください。