

介護給付費 過誤申立て依頼書

通常過誤用

(あて先)千葉市 区長

保険者番号 1 2 1 0

提出日 年 月 日

下記の介護給付費請求について、過誤の申立てを依頼します。

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
事業所名												
担当者名												
電話番号												

(取下内容)

被保険者番号			被保険者氏名	サービス 提供年月	サービス種類名	申立事由 コード				申立事由(○をつけ下段に内容を記載)				保険者 处理欄
1	0	0				年 月				請求誤り等 市適正化(医療突合・縦覧点検) 市県指導監査				
1	0	0				年 月				請求誤り等 市適正化(医療突合・縦覧点検) 市県指導監査				
1	0	0				年 月				請求誤り等 市適正化(医療突合・縦覧点検) 市県指導監査				
1	0	0				年 月				請求誤り等 市適正化(医療突合・縦覧点検) 市県指導監査				
1	0	0				年 月				請求誤り等 市適正化(医療突合・縦覧点検) 市県指導監査				
1	0	0				年 月				請求誤り等 市適正化(医療突合・縦覧点検) 市県指導監査				
1	0	0				年 月				請求誤り等 市適正化(医療突合・縦覧点検) 市県指導監査				
1	0	0				年 月				請求誤り等 市適正化(医療突合・縦覧点検) 市県指導監査				
1	0	0				年 月				請求誤り等 市適正化(医療突合・縦覧点検) 市県指導監査				
1	0	0				年 月				請求誤り等 市適正化(医療突合・縦覧点検) 市県指導監査				

※この用紙は、給付実績の取下げを目的として、「通常過誤」を申し立てるためのものです。毎月14日までに各区の保健福祉センター 介護保険室に提出してください。

その後、国保連合会から過誤決定通知書が届いたら、正しい内容で再請求してください。

※一度に大量の過誤調整を要する、多額で事業所運営に支障をきたす恐れがある等の理由により、「同月過誤」(別様式)を希望する場合は、事前に千葉市介護保険管理課と協議が必要です。