

記載例

盛岡市長 様

○年○月○日

介護給付費

【事業種別】

- 1. 介護給付費 **介護及び介護予防サービスの場合**
 - 2. 介護予防・日常生活支援総合事業 **訪問型・通所型サービス等の場合**
- ※記載例とした、介護予防福祉用具貸与の場合は介護給付費に丸をつけます

事業種別	介護給付費／介護予防・日常生活支援総合事業 ※該当する種別を○で囲んでください。	事業所番号	0000000000000000
事業者名	株式会社○○		
過誤種別	通常過誤／ 同月過誤 (過誤処理月 3 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。	所在地	〒000-000 盛岡市内丸00-0
電話番号	000-000-0000		
担当者名	○○		

【提出期限】

- 1. 通常過誤 **毎月15日**
- 2. 同月過誤 **毎月5日**

※提出期限が土曜・日曜日、祝日の場合は、その直前の開庁日

【過誤処理月】

過誤処理月は過誤申立を行う月を記入してください
※2月に取り下げを行う場合は2月と記入

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
令和3年1月	11	02	介護予防福祉用具貸与	例) ○○加算の算定誤りのため

別紙「過誤申立書に記載する番号」をご確認いただき、該当する番号を記入してください。

【注意点】

- ・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。
- ・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。
- ・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）。
- ・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、生活福祉課へ確認してください。
- ・他市町村の被保険者に係る介護給付について過誤を行う場合の手続きは、各保険者へ確認してください。
- ・介護給付費分と介護予防・日常生活支援総合事業費分と過誤が両方ある場合には、それぞれ過誤申立依頼書を分けてご提出ください。