

介護給付費過誤調整依頼書

(同月・通常)

令和 年 月 処理

保険者番号	0 5 3 0 3 3
保険者名	小 坂 町

殿

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	電話番号

下記の介護給付について、過誤調整を依頼します。

令和 年 月 日

事業所番号	保険者番号		サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
	保険者氏名				
	0 0 0		平成 令和 年 月		
	0 0 0		平成 令和 年 月		
	0 0 0		平成 令和 年 月		
	0 0 0		平成 令和 年 月		
	0 0 0		平成 令和 年 月		
	0 0 0		平成 令和 年 月		
	0 0 0		平成 令和 年 月		

過 誤 申 立 事 由 コ ー ド

様 式 番 号		申 立 理 由 番 号	
1 0	様式第2 (居宅サービス・地域密着型サービス)	0 1	台帳誤り修正における過誤調整
2 1	様式第3 (短期入所生活介護)	0 2	請求誤りによる実績取り下げ
3 0	様式第6 (認知症対応型共同生活介護)	0 9	時効による取り下げ
3 2	様式第6の3(特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護)	1 1	台帳誤り修正における過誤調整による事業所申立の過誤調整
4 0	様式第7 (居宅介護支援)	4 2	適正化による過誤取り下げ
4 1	様式第7の2 (介護予防支援)	9 0	その他の事由による台帳過誤
5 0	様式第8 (介護老人福祉施設・地域密着型介護施設入居者生活介護)	9 9	その他の事由による実績の取り下げ
6 0	様式第9 (介護老人保健施設)		
6 1	様式第9の2 (介護医療院)		
7 0	様式第10 (介護療養型医療施設)		