

(通常過誤)

介護給付費過誤申立書

和光市長 宛

令和 年 月 日

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

| | |
|-------|--|
| 事業者番号 | |
| 事業者名 | |
| 所在地 | |
| 電話番号 | |
| 担当者名 | |

| 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス提供年月 | 請求単位 | 請求額(円) | 特定入所者 介護サービス費 | 申立事由コード | | | | 申立事由 |
|--------|--------|----------|------|--------|--------------------------|---------|--|--|--|------|
| | | | | | | | | | | |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |

- 申立事由コードは、別紙を参考にしてご記入ください。
- 申立事由は、別紙の例を参考にして、具体的な内容をご記入ください。
- 対象者が特定入所者介護サービス費を請求している場合は、☑を入力してください。(同時に取下げます。)
- 記載欄が足りない場合は、行を増やしてご記入ください。

別紙

過誤申立事由コードについて

申立事由コードは以下の4桁で構成されています。

様式コード(上2桁) 介護サービス(経過的要介護・要介護1~5・旧要支援)

| 様式番号 | 様式名称 |
|------|--|
| 10 | 訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導 通所介護・通所リハ・福祉用具貸与 夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護 介護予防・日常生活支援総合事業(訪問型・通所型・その他の生活支援サービス費) |
| 21 | 短期入所生活介護 |
| 22 | 介護老人保健施設における短期入所療養介護 |
| 23 | 病院・診療所における短期入所療養介護 |
| 30 | 認知症対応型共同生活介護 特定施設入所者生活介護(平成18年3月サービス以前) |
| 32 | 特定施設入居者生活介護(平成18年4月サービス以降) 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 34 | 認知症対応型共同生活介護(短期利用共同生活介護) |
| 40 | 居宅介護支援 |
| 50 | 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設 |
| 60 | 介護老人保健施設 |
| 70 | 介護療養型医療施設 |

様式コード(上2桁) 介護予防サービス(要支援1・2)

| 様式番号 | 様式名称 |
|------|--|
| 11 | 介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ 介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所介護・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与 介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護 |
| 24 | 介護予防短期入所生活介護 |
| 25 | 介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護 |
| 26 | 病院・診療所における介護予防短期入所療養介護 |
| 31 | 介護予防認知症対応型共同生活介護 |
| 33 | 介護予防特定施設入居者生活介護 |
| 35 | 介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用共同生活介護) |
| 41 | 介護予防支援 |

様式コード(上2桁) 介護予防・日常生活支援総合事業費

| | |
|----|-------------------------|
| 10 | 介護予防ケアマネジメント費を除く全てのサービス |
| 20 | 介護予防ケアマネジメント |

申立事由について

以下の例を参考に、具体的な事由を記入してください。

- ・事業所の算定ミスによる請求誤り(基本単位数の誤り)
- ・事業所の算定ミスによる請求誤り(加算の算定誤り)
- ・事業所の算定ミスによる請求誤り(減算の算定誤り)
- ・公費の請求誤りによる取下げ
- ・公費の請求漏れによる取下げ
- ・要介護度の変更による取下げ
- ・負担限度額の認定、段階変更による取下げ
- ・負担割合変更による取下げ
- ・入院時請求誤りによる取下げ
- ・重複請求誤りによる取下げ
- ・利用日数請求誤りによる取下げ
- ・監査・指導による返還
- ・台帳過誤
- ・その他()

申立理由(下2桁)

| 様式番号 | 申立理由 |
|------|--|
| 02 | 請求誤りによる実績取り下げ (主に事業者の請求誤りによる実績の取下げを行う場合に使用します。) |
| 09 | 時効による保険者申立の取り下げ (請求時効期間を経過した介護給付費明細書を却下する場合に使用します。) |
| 12 | [同月] 請求誤りによる実績取り下げ (「コード02」と同じ理由で同月過誤の申立する場合に使用します。) |
| 42 | 適正化による保険者申立の取り下げ (給付適正化により介護給付費請求明細書を却下する場合に使用します。) |
| 49 | [同月] 適正化による保険者申立の取り下げ (「コード42」と同じ理由で同月過誤の申立する場合に使用します。) |
| 99 | その他事由による実績の取り下げ (指導監査等による過誤調整に使用します。) |

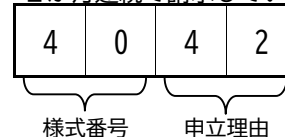
(例) 訪問介護で、基本単位数を誤りにより、過誤申立する場合



(例) 認知症対応型共同生活介護で、人員基準を満たしていなかったことにより、過誤申立てする場合



(例) 居宅介護支援で、給付適正化による保険者の指摘により、初回加算が2か月連続で請求していたことを過誤申立てする場合



(通常過誤)

介護給付費過誤申立書

【過誤申立について】

- ・様式をホームページ、窓口等からとり寄せてください。
- ・通常過誤申立の締切りは、毎月10日です。
- ・提出先は、長寿あんしん課です。
- ・提出方法は、郵送、窓口、E-mail提出です。
- ・※FAXは個人情報の流出を防ぐため行わないでください。
- ・国保連合会で審査決定されていない請求について、過誤申し立てを行わないでください。
- ・被保険者番号がHから始まる場合は、生活支援課へ連絡してください。
- ・同月過誤により、申し立てする場合は、別の書類「同月過誤処理依頼書兼介護給付費過誤申立書」により、届出してください。

| | |
|-------|----------------------------|
| 事業者番号 | |
| 事業者名 | 【事業者情報】 連絡先は必ず明記してください。 |
| 所在地 | |
| 電話番号 | |
| 担当者名 | |

| 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス提供年月 | 請求単位 | 請求額(円) | 特定入所者 介護サービス費 | 申立事由コード | | | | 申立事由 |
|--------|--------|----------|------|--------|--------------------------|---------|---|---|---|--------------------------|
| | | | | | | 1 | 0 | 0 | 2 | |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | 1 | 0 | 0 | 2 | 事業所の算定ミスによる請求誤り(減算の算定誤り) |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | 令和 年 月 | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |

【被保険者番号・氏名・サービス提供年月】記載順は
 ①被保険者番号順
 ②サービス提供年月(古いものから)
 としてください。
 (1人の被保険者ごとに取下げを行う提供月を連続して記入する。)

【特定入所者介護サービス費】
 について、請求をしている場合は、
を入力してください。同時に取下げ
 げします。

【申立事由コード】
 別紙を参考に4桁の数字を記入し
 てください。

【申立事由】
 プルダウンから選択してください。
 該当事由がない場合は、セルに直接
 記入してください。

- 申立事由コードは、別紙を参考にしてご記入ください。
- 申立事由は、別紙の例を参考にして、具体的な内容をご記入ください。
- 対象者が特定入所者介護サービス費を請求している場合は、を入力してください。(同時に取下げます。)
- 記載欄が足りない場合は、行を増やしてご記入ください。