

介護給付費実績取下依頼書

瀬戸内市長 殿

保険者番号 3 3 2 1 2 2

事業所番号									
事業所名									
所在地	〒								
連絡先	TEL								
担当者名									

下記の介護給付について、実績取下を依頼します。 年 月 日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	申立事由コード	申立事由

※ 申立事由コード上2桁

居宅・施設	介護予防	サービス種類
1 0	1 1	訪問通所サービス・居宅療養管理・小規模多機能
2 1	2 4	短期入所生活介護
2 2	2 5	介護老人保健施設における短期入所療養介護
2 3	2 6	病院又は診療所における短期入所療養介護
3 0	3 1	認知症対応型共同生活介護
3 2	3 3	特定施設入居者生活介護(短期利用型以外)
3 4	3 5	認知症対応型共同生活介護(短期利用型)
3 6		特定施設入居者生活介護(短期利用型)
4 0	4 1	サービス計画費
5 0		介護老人福祉施設
6 0		介護老人保健施設
7 0		介護療養型医療施設

※ 申立事由コード下2桁

番号	申立理由
0 1	台帳誤り修正による過誤調整
0 2	請求誤りによる実績取り下げ
0 9	時効による実績取り下げ
1 1	台帳誤り修正による事業所申立の過誤調整
1 2	請求誤りによる実績取り下げ(同月過誤)
4 2	適正化による保険者申立の過誤取り下げ
4 9	適正化による保険者申立の過誤取り下げ(同月過誤)
5 2	適正化による公費負担者申立の過誤取り下げ
6 2	不正請求による実績取り下げ
6 9	不正請求による実績取り下げ(同月過誤)
9 0	その他の事由による台帳過誤
9 9	その他の事由による実績取り下げ

介護給付費実績取下依頼書

同月過誤

瀬戸内市長 殿

保険者番号 3 3 2 1 2 2

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	TEL
担当者名	

下記の介護給付について、実績取下を依頼します。 年 月 日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	申立事由コード	申立事由

※ 申立事由コード上2桁

居宅・施設	介護予防	サービス種類
1 0	1 1	訪問通所サービス・居宅療養管理・小規模多機能
2 1	2 4	短期入所生活介護
2 2	2 5	介護老人保健施設における短期入所療養介護
2 3	2 6	病院又は診療所における短期入所療養介護
3 0	3 1	認知症対応型共同生活介護
3 2	3 3	特定施設入居者生活介護(短期利用型以外)
3 4	3 5	認知症対応型共同生活介護(短期利用型)
3 6		特定施設入居者生活介護(短期利用型)
4 0	4 1	サービス計画費
5 0		介護老人福祉施設
6 0		介護老人保健施設
7 0		介護療養型医療施設

※ 申立事由コード下2桁

番号	申立理由
0 1	台帳誤り修正による過誤調整
0 2	請求誤りによる実績取り下げ
0 9	時効による実績取り下げ
1 1	台帳誤り修正による事業所申立の過誤調整
1 2	請求誤りによる実績取り下げ(同月過誤)
4 2	適正化による保険者申立の過誤取り下げ
4 9	適正化による保険者申立の過誤取り下げ(同月過誤)
5 2	適正化による公費負担者申立の過誤取り下げ
6 2	不正請求による実績取り下げ
6 9	不正請求による実績取り下げ(同月過誤)
9 0	その他の事由による台帳過誤
9 9	その他の事由による実績取り下げ