



# 介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

同 月 過 誤

瀬戸内市長 殿

保険者番号 3 3 2 1 2 2

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てします。

年 月 日

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

| 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

| コード | サービス種類                                      |
|-----|---|
| 10  | 介護予防・日常生活支援総合事業費明細書<br>(訪問型・通所型サービス)様式第二の三  |
| 20  | 介護予防・日常生活支援総合事業費明細書<br>(介護予防ケアマネジメント)様式第七の三 |
|     |   |
|     |   |
|     |   |
|     |   |

※ 申立事由コード下2桁

| 番号 | 申立理由                     |
|----|--------------------------|
| 02 | 請求誤りによる実績取り下げ            |
| 12 | 請求誤りによる実績取り下げ(同月過誤)      |
| 42 | 適正化による保険者申立の過誤取り下げ       |
| 49 | 適正化による保険者申立の過誤取り下げ(同月過誤) |
| 99 | その他の事由による実績取り下げ          |
|    |                          |
|    |                          |
|    |                          |
|    |                          |
|    |                          |