様式1

令和　　年　月　日

八女市長　様

| | |
|---|---|
| 事業所番号 | |
| 事業所名 | |
| 代表者 | |
| 連絡先 | |
| 担当者名 | |

## 過誤申立依頼書の提出について

標記につき、下記のとおり提出します。

記

| 件数 | 誤請求金額計<br>（A） | 正請求金額計<br>（B） | 差額<br>（A）－（B） | 再請求予定年月 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

※金額は、円単位で記入してください。

提出書類：　介護給付費請求書・明細書の取消依頼について(様式2-1又は様式2-2)　　枚

介護給付費に関する請求誤り結果報告書（内訳）（様式3）　　枚

国保連合会に提出した介護給付費明細書の写し　　部

様式２－１

令和　　年　　月　　日

八女市長　様

| | |
|---|---|
| 事業者番号 | |
| 事業者名称 | |
| 代表者名 | |
| 連絡先 | ー　　ー |
| 担当者名 | |

（介護給付費請求書／介護給付費明細書）の取消依頼について

下記の被保険者分につき、介護報酬の請求に係る提出書類の取消を依頼いたします。

記

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 証記載保険者番号 | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | |
| サービス提供年月 | 年　　月分 | | | | | | | | | |
| 請求年月 | 年　　月 | | | | | | | | | |
| 明細書様式 | 様式第　　号 | | | | | | | | | |
| 申立事由コード | | | | | | | | | | |
| 取消事由 | | | | | | | | | | |

※取消依頼を提出するにあたっては、国保連合会に提出した介護給付費明細書
（伝送・磁気での提出の場合は印刷したもの）の写しを添付のうえ過誤の箇所に
マーキングして提出してください。
※取消を行う給付費について、国保連合会から入金が行われているか、必ず確認してください。

様式2－2

令和　　年　　月　　日

八女市長　様

| 事業所番号 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所名称 | | | | | | | | | | |
| 代表者名 | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | － | | | | － | | |
| 担当者名 | | | | | | | | | | |

介護給付費請求書・介護給付費明細書の取消依頼について

下記の被保険者分につき、介護報酬の請求に係る提出書類の取消を依頼いたします。

記

| No. | 証記載<br>保険者番号 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス<br>提供年月 | 請求年月 | 明細書様式 | 申立事由コード | | | | 取消事由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | 年　月 | 年　月 | 様式第　号 | | | | | |
| 2 | | | | 年　月 | 年　月 | 様式第　号 | | | | | |
| 3 | | | | 年　月 | 年　月 | 様式第　号 | | | | | |
| 4 | | | | 年　月 | 年　月 | 様式第　号 | | | | | |
| 5 | | | | 年　月 | 年　月 | 様式第　号 | | | | | |
| 6 | | | | 年　月 | 年　月 | 様式第　号 | | | | | |
| 7 | | | | 年　月 | 年　月 | 様式第　号 | | | | | |
| 8 | | | | 年　月 | 年　月 | 様式第　号 | | | | | |
| 9 | | | | 年　月 | 年　月 | 様式第　号 | | | | | |
| 10 | | | | 年　月 | 年　月 | 様式第　号 | | | | | |

※取消依頼を提出するにあたっては、国保連合会に提出した介護給付費明細書（伝送・磁気での提出の場合は印刷したもの）の写しを添付のうえ、過誤の箇所にマーキングして提出してください。
※取消を行う給付費について、国保連合会から入金が行われているか、必ず確認してください。

様式3

# 介護給付費に関する請求誤り結果報告書（内訳）

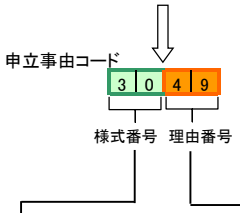
事業所番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　報告日：令和　　年　月　日

| 被保険者番号 | 被保険者名 | 算定誤りの内容 | サービス月 | 保険請求額 | | 公費請求額 | 利用者負担額 | 総費用額 | 備　考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 誤 | | | | | |
| | | | | 正 | | | | | |
| | | | | 返還額 | | | | | |
| | | | | 誤 | | | | | |
| | | | | 正 | | | | | |
| | | | | 返還額 | | | | | |
| | | | | 誤 | | | | | |
| | | | | 正 | | | | | |
| | | | | 返還額 | | | | | |
| | | | | 誤 | | | | | |
| | | | | 正 | | | | | |
| | | | | 返還額 | | | | | |
| | | | | 誤 | | | | | |
| | | | | 正 | | | | | |
| | | | | 返還額 | | | | | |
| | | | | 誤 | | | | | |
| | | | | 正 | | | | | |
| | | | | 返還額 | | | | | |
| | | | | 誤 | | | | | |
| | | | | 正 | | | | | |
| | | | | 返還額 | | | | | |
| | | | | 誤 | | | | | |
| | | | | 正 | | | | | |
| | | | | 返還額 | | | | | |
| | | | | 誤 | | | | | |
| | | | | 正 | | | | | |
| | | | | 返還額 | | | | | |
| 合　計 | | | | 誤 | | | | | |
| | | | | 正 | | | | | |
| | | | | 返還額 | | | | | |

# 過誤申立事由コード

過誤申立コードは4桁で構成されています。前半の2桁は明細書の様式番号、後半2桁は申立理由番号です。

（例）市の指導により、グループホーム利用の請求を数か月分やりなおす必要があるとき
（明細書様式が第六で多額の返還金が発生するので同月過誤で処理したい場合）




以下はよく使われる申立理由を抜粋したものです。様式番号と組み合わせてください。

| 申立理由番号 | | 内容 |
|---|---|---|
| 通常 | 同月 | |
| 02 | 12 | 請求誤りによる実績取り下げ |
| 42 | 49 | 適正化（その他）による保険者申立の過誤取下げ（実地指導） |

**※基本的には通常過誤で処理をお願いします。**
過誤金額が大きい場合や過誤申立の件数が多いときは同月過誤での対応も可能です。但し、件数が多い場合は確認作業に時間がかかりますので相談をいただき、お早めに提出してください。

## 介護給付

| 様式番号 | サービス種類 | 明細書様式 |
|---|---|---|
| 10 | 居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書<br>（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・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） | 第二 |
| 11 | 介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書<br>（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） | 第二の二 |
| 21 | 居宅サービス介護給付費明細書<br>（短期入所生活介護） | 第三 |
| 24 | 介護予防サービス介護給付費明細書<br>（介護予防短期入所生活介護） | 第三の二 |
| 22 | 居宅サービス介護給付費明細書<br>（介護老人保健施設における短期入所療養介護） | 第四 |
| 25 | 介護予防サービス介護給付費明細書<br>（介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護） | 第四の二 |
| 2A | 居宅サービス介護給付費明細書<br>（介護医療院における短期入所療養介護） | 第四の三 |
| 2B | 介護予防サービス介護給付費明細書<br>（介護医療院における介護予防短期入所療養介護） | 第四の四 |
| 23 | 居宅サービス介護給付費明細書<br>（病院・診療所における短期入所療養介護） | 第五 |
| 26 | 介護予防サービス介護給付費明細書<br>（病院・診療所における介護予防短期入所療養介護） | 第五の二 |
| 30 | 地域密着型サービス介護給付費明細書<br>（認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）） | 第六 |
| 31 | 地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書<br>（介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）） | 第六の二 |
| 32 | 居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書<br>（特定施設入居者生活介護（短期利用以外）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用以外）） | 第六の三 |

| 様式番号 | サービス種類 | 明細書様式 |
|---|---|---|
| 33 | 介護予防サービス介護給付費明細書<br>（介護予防特定施設入居者生活介護） | 第六の四 |
| 34 | 地域密着型サービス介護給付費明細書<br>（認知症対応型共同生活介護（短期利用）） | 第六の五 |
| 35 | 地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書<br>（介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用）） | 第六の六 |
| 36 | 居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書<br>（特定施設入居者生活介護（短期利用）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）） | 第六の七 |
| 40 | 居宅介護支援介護給付費明細書 | 第七 |
| 41 | 介護予防支援介護給付費明細書 | 第七の二 |
| 50 | 施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書<br>（介護福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護） | 第八 |
| 60 | 施設サービス等介護給付費明細書<br>（介護保健施設サービス） | 第九 |
| 61 | 施設サービス等介護給付費明細書<br>（介護医療院サービス） | 第九の二 |
| 70 | 施設サービス等介護給付費明細書<br>（介護療養施設サービス） | 第十 |

## 介護予防・総合事業

| 様式番号 | サービス種類 | 明細書様式 |
|---|---|---|
| 10 | 介護予防・日常生活支援総合事業費明細書<br>（訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費） | 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費） | 第七の三 |