

記載例

介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立依頼書

令和●年●月●日

事業者 → 保険者
成田市長

(一般) ・ 同月)

事業所番号	●●●●●●●●●●●●●●●●
事業所名称	成田市役所デイサービスセンター
所在地	〒 286 - 8585 成田市花崎町760
連絡先 担当者	成田
電話番号	0476-20-1545

このことについて、次のとおり過誤の申立てを依頼します。

No	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード		申立事由等
				様式番号	申立理由番号	
1	●●●●●●●●●●●●●●	成田 太郎	令和2年1月	1 0	0 2	請求誤りによる実績取り下げ。●●加算の算定に誤りがあったため。
			令和 年 月			
			令和 年 月			
			令和 年 月			
			令和 年 月			
			令和 年 月			
			令和 年 月			
			令和 年 月			
			令和 年 月			
			令和 年 月			

- 申立事由コード欄の様式番号は、総合事業(サービス)が10、総合事業(ケアマネジメント費)が20とします。
- 下2桁は02(請求誤りによる実績取り下げ)、99(その他の事由による実績の取り下げ)から記入してください。