

介護給付費過誤依頼書(同月過誤・通常過誤)

(事業所→保険者)

内子町長 様

- ・同月過誤または通常過誤のどちらかを丸で囲む
- ・同月過誤の場合は、過誤分再請求月の前月末までに本依頼書を内子町へ提出すること

下記のとおり介護給付費について、過誤申立を依頼申し上げます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

事業所番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事業所名	株式会社 うちこ										
所在地	〒000-0000 喜多郡内子町〇〇〇										
連絡先(TEL)	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇										
担当者名	△△ □□										

[illegible]

様式番号		申立理由番号
居宅施設	介護予防	
10	11	様式第二・二の二(訪問通所区分・居宅療養管理・小規模多機能型)
21	24	様式第三・三の二(短期入所生活介護)
22	25	様式第四・四の二(介護老人保健施設における短期入所療養介護)
23	26	様式第五・五の二(病院又は診療所における短期入所療養介護)
30	31	様式第六・六の二(認知症対応型共同生活介護※1)
32	33	様式第六の三・六の四(特定施設入居者生活介護)
34	35	様式第六の五・六の六(認知症対応型共同生活介護(短期利用型))
36		様式第六の七(特定施設入居者生活介護(短期利用型))
40	41	様式第七・七の二(サービス計画費)
50		様式第八(介護老人福祉施設)
60		様式第九(介護老人保健施設)
70		様式第十(介護療養型医療施設)
		※1 H18/3サービス以前の特定施設入所者生活介護を含む