

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書の取消(過誤)申立書

坂戸市長 宛
(保険者番号 112391)

申立年月日	年 月 日
事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
電話番号	
担当者名	
過誤処理希望月	月 ※○を付けてください 通常過誤 ・ 同月過誤

下記の総合事業費明細書について、返戻を申し立てます。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	支給決定単位数 (1ヶ月分)	申立事由コード (4ケタ)	過誤申立内容 ※1	
					過誤番号	具体的な過誤申立の理由
		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				

【提出期限について】

- 書類は、坂戸市役所高齢者福祉課に提出してください。
- ・通常過誤は 処理月の10日 まで
 - ・同月過誤は 処理月の前月25日 まで (『同月過誤処理依頼書』と併せて提出)

過誤申立内容 ※1		
過 誤 番 号		具体的な過誤申立の理由
1	請求誤りによる取下げ	例) 初回加算の請求がもれていた為
2	適正化(市や国保連の縦覧点検・医療との突合)による取下げ	例) 人員欠如による減算請求をしなかった為
3	その他の事由(都道府県の指導監査等の指摘)による取下げ	例) 特定疾患の公費分を請求しなかった為