

# 介護給付費/介護予防・日常生活支援総合事業過誤申立書

通常・同月

## 【記入例】

小千谷市 殿

該当するほうに○をつけてください。

※事業所ごとに作成してください。  
サービスの種類が異なる場合は、別様に作成してください。

保険者番号 152082

保険者名 小千谷市

TEL 0258-83-3517

事業所番号 1570000000

事業所名 ○ ○ 事業所

TEL 0000-00-0000

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立理由 コード	識別番号	申立理由
1 5 7 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 カイゴ タロウ	令和1年10月分	1 0 0 2	7 1 3 1	14,400円 個別機能訓練加算(I)もれ
	被保険者番号順に記載する	令和1年11月分			5,400円 栄養改善加算もれ
		令和1年12月分			5,400円 //
	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2 ホケン マリコ	令和1年10月分			28,755円 定員超過 減算もれ
		令和1年11月分			28,755円 //
	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 3 オヂヤ ジロウ	令和1年10月分			34,000円 口腔機能向上加算もれ
		サービス提供年月順に記載する	サービスの種類ごとに決められたものを記載する		保険請求決定済額を記載する。 ※特定入所者介護サービス費（負担限度額）がある場合は、分けて記載すること。
		令和 年 月分			
		令和 年 月分			