

事業者→保険者

介護給付費過誤申立書（請求誤りによる実績取り下げ）

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

令和 年 月 日

過誤申立後の再請求の予定、並びに利用者負担額の精算状況については、下記のとおりです。  
（神戸市からの求めがあれば、利用者負担額の精算状況を示す書類を提示します。）

本過誤申立を原因として、神戸市から利用者へ給付費（高額介護サービス費等）返還請求をする  
場合があることを、当事業所より利用者に説明します。

また、給付費返還請求について、利用者からの問い合わせに対し、神戸市から当事業所の給付  
費請求状況等を回答してもかまいません。

入力しやすいように  
丁寧に記入ください。

保険者番号	2	8	1			
保険者名	神戸市 区・支所					

（＊）申立事由コード上2桁の凡例（介護給付費明細書の様式よ		
居宅サービス	介護予防サービス	施設サービス等
様式第二 →「10」	様式第二の二→「11」	様式第八 →「50」
様式第三 →「21」	様式第三の二→「24」	様式第九 →「60」
様式第四 →「22」	様式第四の二→「25」	様式第十 →「70」
様式第五 →「23」	様式第五の二→「26」	
様式第六 →「30」	様式第六の二→「31」	
様式第六の三→「32」	様式第六の四→「33」	
様式第六の五→「34」	様式第六の六→「35」	
様式第七 →「40」	様式第七の二→「41」	

事業所名		代表者名	
		担当者名	
所在地		電話番号	

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	申立事由コード （＊）	申立事由	再 請 求	利用者負担額の精算状況	
										0 0	平成 年 月 令和	0 2 9 9		増・同 減 なし	精算	済 ・ 未
															未の理由	
										0 0	平成 年 月 令和	0 2 9 9		増・同 減 なし	精算	済 ・ 未
															未の理由	
										0 0	平成 年 月 令和	0 2 9 9		増・同 減 なし	精算	済 ・ 未
															未の理由	
										0 0	平成 年 月 令和	0 2 9 9		増・同 減 なし	精算	済 ・ 未
															未の理由	
										0 0	平成 年 月 令和	0 2 9 9		増・同 減 なし	精算	済 ・ 未
															未の理由	
										0 0	平成 年 月 令和	0 2 9 9		増・同 減 なし	精算	済 ・ 未
															未の理由	

〒650-0021

神戸市中央区三宮町 2 丁目 11 - 1  
センタープラザ西館 5 階 510 - 1号

神戸市介護医療事務センター  
(介護保険グループ 給付担当)

通常過誤申立書在中

- ・切り取って封筒の宛名としてご利用ください。
- ・はがれないようにしっかり糊付けをお願いいたします。
- ・神戸市介護医療事務センターに受付窓口はございませんのでご注意ください。

窓口での提出をご希望の場合は各区・支所の介護医療係へご提出ください。