

事業者一保険者

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。

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。

令和 年 月 日

入力しやすいように
丁寧にご記入ください。

| | | | | |
|-------|-----|------|---|--|
| 保険者番号 | 2 | 8 | 1 | |
| 保険者名 | 神戸市 | 区・支所 | | |

| | | | |
|------|--|------|--|
| 事業所名 | | 代表者名 | |
| | | 担当者名 | |
| 所在地 | | 電話番号 | |

(*)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」 |
| 様式第三 | →「21」 | 様式第三の二→「24」 |
| 様式第四 | →「22」 | 様式第四の二→「25」 |
| 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」 |

| 事業所番号 | 被保険者番号 被保険者氏名 | 被保険者番号は、 前0を入れて10桁 でご記入ください。 | 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 | | | | | |
|-------|------------------|------------------------------------|----------|----------------|---|------|-------------|-------------|---|---|----------------|----|-----|
| | | | | 平成 | 年 | 月 | 0 | 2 | 9 | 9 | | | |
| | | 0 0 | 平成 令和 | | | | 0 | 2 | 9 | 9 | 増・同 減 なし | 精算 | 済・未 |
| | | 0 0 | 平成 令和 | | | | 0 | 2 | 9 | 9 | 増・同 減 なし | 精算 | 済・未 |
| | | 0 0 | 平成 令和 | | | | 0 | 2 | 9 | 9 | 増・同 減 なし | 精算 | 済・未 |
| | | 0 0 | 平成 令和 | | | | 0 | 2 | 9 | 9 | 増・同 減 なし | 精算 | 済・未 |
| | | 0 0 | 平成 令和 | | | | 0 | 2 | 9 | 9 | 増・同 減 なし | 精算 | 済・未 |
| | | 0 0 | 平成 令和 | | | | 0 | 2 | 9 | 9 | 増・同 減 なし | 精算 | 済・未 |
| | | 0 0 | 平成 令和 | | | | 0 | 2 | 9 | 9 | 増・同 減 なし | 精算 | 済・未 |
| | | 0 0 | 平成 令和 | | | | 0 | 2 | 9 | 9 | 増・同 減 なし | 精算 | 済・未 |

〒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 紹介担当)

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。