

事業者→保険者

介護予防・日常生活支援総合事業サービス費過誤申立書 (請求誤りによる実績取り下げ)

下記の介護予防・日常生活支援総合事業にかかる給付について、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。)

令和 年 月 日

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相当事業費等)返還請求をする場合があることを、当事業所より利用者へ説明します。

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	印
	担当者名	
所在地	電話番号	

(*)申立事由コード上2桁の凡例

介護予防訪問サービス、介護予防通所サービス→「10」
 介護予防ケアマネジメント → 「20」

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	
			(*)						精算	済・未
		平成 年 月		0	2	9	9	増・同減なし	精算	済・未
		令和 年 月		0	2	9	9	増・同減なし	未の理由	
		平成 年 月		0	2	9	9	増・同減なし	精算	済・未
		令和 年 月		0	2	9	9	増・同減なし	未の理由	
		平成 年 月		0	2	9	9	増・同減なし	精算	済・未
		令和 年 月		0	2	9	9	増・同減なし	未の理由	
		平成 年 月		0	2	9	9	増・同減なし	精算	済・未
		令和 年 月		0	2	9	9	増・同減なし	未の理由	
		平成 年 月		0	2	9	9	増・同減なし	精算	済・未
		令和 年 月		0	2	9	9	増・同減なし	未の理由	