

## 介護給付費過誤申立依頼書

玉村町長 様

事業所番号	100000000
事業所名	デイサービス玉村町役場
電話番号	0000-00-0000
担当者名	玉村 町子

※10桁の番号を記載してください

※正式名称を記載してください

※担当者に直接繋がる番号を記載してください

下記の介護給付費について、過誤申し立てを依頼いたします。

通常過誤

同月過誤

令和8 年 6 月 1 日

被保険者番号	被保険者カナ氏名	サービス提供年月	請求 単位数	再請求 単位数	差引 単位数	申立事由		備考
						様式番号	申立事由番号	
001000000	ガンマ ケイイチ	R7. 8	6588	7787	1199	10	12	同月過誤請求誤りによる実績取 下げ ●●加算算定漏れ
001000000	ガンマ ケイイチ	R7. 9	6808	8047	1239	10	12	同月過誤請求誤りによる実績取 下げ ●●加算算定漏れ
001000000	ガンマ ケイイチ	R7. 10	6808	8047	1239	10	12	同月過誤請求誤りによる実績取 下げ ●●加算算定漏れ
002000000	サワ ゲンタ	R7. 10	6588	7787	1199	10	12	同月過誤請求誤りによる実績取 下げ ●●加算算定漏れ
003000000	ケンコウ フク	R7. 8	6588	7787	1199	10	12	同月過誤請求誤りによる実績取 下げ ●●加算算定漏れ
003000000	ケンコウ フク	R7. 9	4612	5451	839	10	12	同月過誤請求誤りによる実績取 下げ ●●加算算定漏れ

複数人かつ複数月分を記入する場合は、被保険者番号順（利用者ごと）で、続いてサービ

対象者のその月の全ての請求単位を記載してください。

様式番号・申立事由番号は別紙「過誤申立事由コード一覧表」を確認してください。  
理由は申立事由番号を選択すると自動で入力されます。  
申立事由がわからない（該当がないと思われる）場合は、備考欄に申立理由を記載してください。