

過誤申立依頼書

三郷町

保険者名 (市町村)	2	9	3	4	3	1						
被保険者番号												
被保険者氏名												
サービス提供年月	年						月分					

事業所番号												
事業所名												
電話番号	()						-					
FAX番号	()						-					
担当者名												

※ 該当する様式番号と申立理由番号を○で囲んで下さい。

・ 様式

区分	様式番号	居宅サービス・施設サービス	地域密着型サービス	明細書様式
介護給付	10	訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所介護 通所リハビリテーション 福祉用具貸与	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 地域密着型通所介護	様式第2
	21	短期入所生活介護	/	様式第3
	22	短期入所療養介護(老健施設)		様式第4
	23	短期入所療養介護(病院・診療所)		様式第5
	2A	短期入所療養介護(介護医療院)		様式第4-3
	30		認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	様式第6
	32	特定施設入居者生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護	様式第6-3
	34		認知症対応型共同生活介護(短期利用)	様式第6-5
	36	特定施設入居者生活介護(短期利用)	地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用)	様式第6-7
	40	居宅介護支援		様式第7
	50	介護老人福祉施設	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	様式第8
	60	介護老人保健施設	/	様式第9
	61	介護医療院		様式9-2
70	介護療養型医療施設	様式第10		
介護予防	11	介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所リハビリテーション 介護予防福祉用具貸与		介護予防認知症対応型通所介護 介護予防小規模多機能型居宅介護
	24	介護予防短期入所生活介護	/	様式第3-2
	25	介護予防短期入所療養介護(老健施設)		様式第4-2
	26	介護予防短期入所療養介護(病院・診療所)		様式第5-2
	2B	介護予防短期入所療養介護(介護医療院)		様式第4-4
	31		介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	様式第6-2
	33	介護予防特定施設入居者生活介護		様式第6-4
	35		介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用)	様式第6-6
41	介護予防支援		様式第7-2	

・ 申立理由

申立理由番号	申立理由
02	請求誤りによる実績取り下げ
12	請求誤りによる実績取り下げ(同月)

・ 備考(同月過誤の場合は備考欄に記入のこと)