

【記入例】 介護給付費／介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

(宛先) 上越市長

保険者番号 152223

保険者名 上越市

Tel 025 (526) 5111

事業所番号 1570000000

事業所名 ○○事業所

担当者 ○○○○

Tel 000 (000) 0000

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

本過誤申立により返還金が生じる場合に、利用者が上越市より支給された高額介護サービス費等の返還が生じる場合には、その旨を利用者に説明し、適正に処理します。

この申立書の提出日を記入してください。

令和〇〇年〇月△日

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	申立理由 コード	識別番号	申立理由
1570000000	00000000001 ジョウエツ タロウ	〇〇年 3 月分	1002	7131	14,400円 送迎加算もれ
		〇〇年 4 月分	1002	7131	5,400円 栄養マネジメント加算もれ
		〇〇年 5 月分	1002	7131	5,400円 //
	00000000002 カイゴ ハナコ	〇〇年 4 月分	2102	7143	28,755円 定員超過 減算もれ
		〇〇年 5 月分	2102	7143	29,900円 //
	00000000003 ホケン マリコ	〇〇年 4 月分	1102	7132	34,000円 運動器機能向上加算もれ
		年 月分			
		年 月分			
		年 月分			

被保険者氏名はカタカナで
ご記入ください。

「申立理由コード及び識別番号表」を
ご参照ください。

保険請求額（費用額の9割から7割）及び申立
を行うこととなった理由を記入してください。