

# 介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立依頼書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

記入例

(宛先) 静岡市長

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤申立を依頼します。

事業所番号	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1
事業所名称	〇〇〇訪問介護事業所									
電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇									
担当者氏名	〇〇〇〇									

	被保険者番号				被保険者名	サービス提供年月	申立事由コード(※)		申立理由(具体的に)							
							様式番号	申立事由								
1			9	8	7	6	5	4	スルガ ジロウ	令和3 年 4 月	1	0	0	2	単位数を誤って請求したため	
2			3	4	5	6	7	8	9	スルガ フジコ	令和3 年 5 月	1	0	0	2	初回加算を算定していなかったため
3										年 月						
4																
5																
6										年 月						
7										年 月						
8										年 月						

複数名記入する場合には  
被保険者番号の数字が小さい  
利用者から順に記入してください

下表参照

通常は「02」です  
(通常「99」は使用しません)

※申立事由コード

様式番号	10 訪問介護相当サービス・生活援助型訪問サービス・通所介護相当サービス・運動型通所サービス・サロン型通所サービス
	20 介護予防ケアマネジメント費

申立事由

02	請求誤りによる実績取下げ
99	その他の事由による実績の取下げ

【送付先】  
静岡市役所  
介護保険課 給付・認定係  
電話 054-221-1374  
FAX 054-221-1298