

介護給付費明細書の取消(過誤)申立書

(あて先)所沢市長

事業所番号	
事業所名	
担当者	
所在地	〒
連絡先	電話番号

下記の介護給付費明細書について、返戻を申し立てます。

年 月 日

証記載保険者番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月日	請求単位数※	特定入所者介護費等 (旧:食事提供費)	申立事由コード	申立事由
/		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				

返戻申立事由(過誤申立事由)コード

介護給付(要介護者)		介護予防給付(要支援者)	
申立事由コード	明細書様式及びサービス種類コード	申立事由コード	明細書様式及びサービス種類コード
1002	明細書様式第二(11,12,13,14,15,16,17,31,71,72,73)	1102	明細書様式第二の二(61,62,63,64,65,66,67,34,74,75)
2102	明細書様式第三(21)	2402	明細書様式第三の二(24)
2202	明細書様式第四(22)	2502	明細書様式第四の二(25)
2302	明細書様式第五(23)	2602	明細書様式第五の二(26)
3002	明細書様式第六(32)	3102	明細書様式第六の二(37)
3202	明細書様式第六の三(33,36)	3302	明細書様式第六の四(35)
3402	明細書様式第六の五(38)	3502	明細書様式第六の六(39)
4002	明細書様式第七(43)	4102	明細書様式第七の二(46)
5002	明細書様式第八(51,54)		
6002	明細書様式第九(52)		
7002	明細書様式第十(53)		

※ 対象月に誤って請求した総単位数を記入