

【 介護給付費 / 総合事業費 】
 【 通常過誤 / 同月過誤 】

過 誤 申 立 書

加古川市長 様

下記の過誤を申し立てます。

事業所名：

代表者名：

電話番号：

担当者名：

年 月 日

事業所番号：

実地指導や国保連からの照会に伴う過誤申立の場合は、整理番号をご記入ください⇒（整理番号： _____ ）

（※）申立事由コード上2桁の凡例（給付費明細書の様式）

【介護サービス】	様式第二 →「10」	様式第六 →「30」	様式第八 →「50」	【介護予防サービス】	様式第二の二 →「11」	様式第六の二 →「31」	【総合事業】	
	様式第三 →「21」	様式第六の三 →「32」	様式第九 →「60」		様式第三の二 →「24」	様式第六の四 →「33」	様式第二の三→	「10」
	様式第四 →「22」	様式第六の五 →「34」	様式第九の二 →「61」		様式第四の二 →「25」	様式第六の六 →「35」	様式第七の三→	「20」
	様式第四の三 →「2A」	様式第六の七 →「36」	様式第十 →「70」		様式第四の四 →「2B」	様式第七の二 →「41」		
	様式第五 →「23」	様式第七 →「40」			様式第五の二 →「26」			

整理番号	被保険者番号 (加古川市の被保険者のみ)	サービス提供年月	申立事由コード（※）	被保険者氏名	申立事由（具体的に記載してください。）
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

記載例

【 介護給付費 / 総合事業費 】 【 通常過誤 / 同月過誤 】

過誤申立書

加古川市長 様
下記の過誤を申し立てます。

【介護給付費/総合事業費】 【通常過誤/同月過誤】
の該当するものをそれぞれ選択してください。

実地指導や国保連からの照会に伴い、過誤申立を行う場合は、下記の整理番号をご記入ください。

着色部分は入力必須です。
全て入力して下さい。

事業所名：
代表者名：
電話番号：
担当者名：
事業所番号：

10桁の事業所番号を記入してください。

実地指導や国保連からの照会に伴う過誤申立の場合は、整理番号をご記入ください。⇒（整理番号：

1, 2, 5）

(※) 申立事由コード上2桁の凡例 (給付費明細書の様式)

【介護サービス】	様式第二 →「10」	様式第六 →「30」	様式第八 →「50」	【介護予防サービス】	様式第二の二 →「11」	様式第六の二 →「31」	【総合事業】
	様式第三 →「21」	様式第六の三 →「32」	様式第九 →「60」		様式第三の二 →「24」	様式第六の四 →「33」	様式第二の三 → 「10」
	様式第四 →「22」	様式第六の五 →「34」	様式第九の二 →「61」		様式第四の二 →「25」	様式第六の六 →「35」	様式第七の三 → 「20」
	様式第四の三 →「2A」	様式第六の七 →「36」	様式第十 →「70」		様式第四の四 →「2B」	様式第七の二 →「41」	
	様式第五 →「23」	様式第七 →「40」			様式第五の二 →「26」		

整理番号	被保険者番号 (加古川市の被保険者のみ)	サービス提供年月	申立事由コード (※)	被保険者氏名	申立事由 (具体的に記載してください。)
1	0123456789	202209	1002	加古川 太郎	訪問介護サービス提供回数の誤りのため
2	サービス提供年月は西暦と提供月を合わせて6桁で記入してください。		申立事由コードは、別紙『過誤申立事由コード一覧表』又は上記『申立事由コード上2桁の凡例 (給付費明細書の様式)』を参考に4桁のコードをご記入ください。		
3	(例)2022年9月サービス提供分 →202209				
4	<ul style="list-style-type: none"> 提出期限は毎月15日です。15日が土・日曜日、祝日、休日の場合はその前営業日を提出期限とします。 訂正前・後の給付費明細書を紙媒体で提出してください。(窓口・郵送でもどちらでも結構です。) なお、同月過誤での申立は、訂正前の給付費明細書のみ提出してください。 申立書は事業所コードごとに分けて作成してください。 書式は変更しないでください。 過誤申立書・再請求計画書が一枚に収まりきらない場合、2つのエクセルに分けて提出してください。 書式に不備等がありましたら、ご連絡ください。 				
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					