

# 同 月 過 誤 ・ 再 請 求 計 画 書

加古川市長 様

介護給付費又は介護予防・日常生活支援総合事業費の同月過誤申立、再請求を  
下記のとおり行います。

年 月 日

事業所名：

代表者名：

電話番号：

担当者名：

事業所番号：

サービス 提供年月	件 数	既請求額	再請求額	過誤申立年月	再請求年月 (過誤申立の翌月)	備 考
	件	円	円			
	件	円	円			
	件	円	円			
	件	円	円			
	件	円	円			
	件	円	円			
	件	円	円			
	件	円	円			
	件	円	円			
	件	円	円			
	件	円	円			
	件	円	円			
計	0 件	0 円	0 円			

# 記載例

## 同月過誤・再請求計画書

着色部分は記入必須です。  
全て記入して下さい。

加古川市下  
介  
下

・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、その前営業日が提出期限となります。)

・16日以降に提出する場合は、申立年月は翌月となります。

年 月 日

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。

サービス提供年月	件数	既請求額	再請求額	過誤申立年月	再請求年月 (過誤申立年月の翌月)	備考
202302	5 件	317,802 円	308,725 円	202308	202309	
202304	10 件	1,430,351 円	1,473,135 円	202308	202309	
202305	1 件	17,582 円	15,438 円	202308	202309	
	件	円	円			
	件	円	円			
	件	円	円			
	件	円	円			
	件	円	円			
	件	円	円			
計	16 件	1765735 円	1797298 円			

各提供年月の保険請求額を合計し、記入してください。  
なお、特定入所者介護サービス費にかかる保険請求額は含みません。