

介護給付費 過誤調整依頼書

佐世保市長
(長寿社会課 介護保険係)

年 月 日

事業所番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□
事業所名称									
事業所所在地	〒	□	□	□	□	-	□	□	□
連絡先(電話番号)									
担当者									

既に支払決定を受けております介護給付費について、
下記サービス利用者分の過誤調整を依頼します。

	被 保 険 者 番 号 被 保 険 者 氏 名	サービス提供年月	申立事由コード				申 立 理 由	再請求額
			様式番号	理由番号				
1		年 月						増 ・ 減
2		年 月						増 ・ 減
3		年 月						増 ・ 減
4		年 月						増 ・ 減
5		年 月						増 ・ 減

【注意事項】

- 1 ①被保険者番号順 ②サービス提供年月順に記入してください。
- 2 国保連合会の審査が未決定、返戻・保留となっている場合には過誤調整はできません。
- 3 被保険者番号がHで始まる方の過誤調整につきましては、生活福祉課へお問い合わせください。
- 4 過誤申立対象被保険者に生活保護受給中の方がいる場合、生活福祉課に相談してください。

申立理由番号	
0 2	請求誤りによる実績取下げ
4 2	適正化(その他)による保険者申立の過誤取下げ
4 3	適正化(ケアプラン点検)による保険者申立の過誤取下げ

枚中 枚目