

(豊能町)

介護保険過誤依頼書

令和 年 月 日

事業者番号	
事業者名	Ⓜ
代表者氏名	
事業所所在地	〒 - TEL () - 【担当者名: 】

保険者番号	273219	被保険者番号	2000
被保険者氏名			
サービス提供年月			
単位数※1			
請求年月※1			

※1 前回（当初）の単位数（給付管理以外の各種加算・減算等含む）及び請求年月を記入してください。

申請事由	サービス種類	過誤事由
	1. 居宅(介護予防)サービス明細	1. 台帳過誤
※該当する項目に○を してください。	2. 短期入所明細	2. 請求誤り
	3. 認知症・特定施設明細	3. その他取下げ
	4. 居宅介護(予防)支援明細	※下記のいずれかに○をしてください。 (同月過誤 ・ 通常過誤) ※2
	5. 老人福祉施設明細	
	6. 老人保健施設明細	
7. 療養型病床群明細		
備考		

※2 同月過誤は給付実績の取下げと再請求を同一月で行い、通常過誤は取下げのみを行います。いずれも前回の請求月の翌月から申請可能ですが、通常過誤は時間を要しますのでなるべく同月過誤で申請してください。
なお、同月過誤の申請期限は、再請求を予定している月の 前月25日 となっています。

提出先：〒563-0292 大阪府豊能郡豊能町余野414-1 豊能町 保険課（介護） TEL 072-739-3421
--