

## 介護給付費過誤申立依頼書

太田市長      様

事業者番号										
事業者名										
電話番号	-								-	

下記の介護給付費について、過誤申立を依頼します。

\_\_\_\_\_年 月 日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	区分	サービスの種類	申立事由
		年 月	要支援・要介護		
		年 月	要支援・要介護		
		年 月	要支援・要介護		
		年 月	要支援・要介護		
		年 月	要支援・要介護		
		年 月	要支援・要介護		
		年 月	要支援・要介護		

- \* 通常過誤・同月過誤は国民健康保険団体連合会（国保連）で審査・支払が済んでいる介護給付費等が対象です。
- \* 添付書類…介護給付費明細書（正しいものと誤ったもの）（給付管理票記載誤りの場合は、給付管理票も添付）
- \* 提出期限…通常過誤（毎月15日） 同月過誤（毎月5日） ともに提出期限が土・日・祝日の場合は前開庁日まで。
- \* 同月過誤について…同月過誤を希望する場合、再請求予定月の前月末までに介護サービス課にその旨の連絡と国保連に同月過誤の依頼書の提出をお願いします。また介護サービス課に過誤申立依頼書を提出する場合には、国保連に提出した同月過誤の依頼書のコピーを添付してください。
- \* 同月過誤は実地指導や監査等により一度に多数の過誤申立を行う場合に行う救済手続きです。