

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立依頼書

										依頼年月日	
事業所番号										担当者氏名	
事業所名称										電話番号	

サービス提供年月	年	月	※サービス提供月ごとに作成してください。
----------	---	---	----------------------

	被保険者番号										申立事由コード				備考
	フリガナ										様式番号		申立理由		
	被保険者氏名														
1															
2															
3															
4															

【北海道_森町】

○様式番号

番号	対象明細書様式	対象サービス種類
1 0	様式第2の3	【訪問型サービス】 A2 【通所型サービス】 A6

※「様式番号」と対象となる「サービス種類コード」は異なりますのでご注意ください。

○申立理由

番号	申立理由
0 1	台帳誤り修正による保険者申立の過誤調整（台帳過誤）
0 2	請求誤りによる実績取り下げ
9 0	その他の事由による台帳過誤
9 9	その他の事由による実績の取り下げ

※複数のサービスを提供している事業所で利用者も複数のサービスを受けている場合、申立事由コードを誤ると過誤でない給付実績を過誤処理することになりますので、コードの選択には十分ご注意ください。