

介護給付費過誤返戻依頼書

事業者番号	
事業者名	
所在地	〒 —
連絡先	電話番号 — —

忠岡町長 様

下記の介護給付費について、過誤返戻を依頼します。

令和 年 月 日

返戻区分：
(どちらかに○印)

1.同月過誤	2.通常過誤
--------	--------

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	請求単位数(合計)	申立事由コード*	申立事由	給付実績 (町確認)
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				

※申立事由コード：前2桁については、別紙の様式番号を参考に記入してください。

後2桁については、01台帳誤りによる過誤調整 02請求誤りによる実績取り下げ 99その他による実績取り下げ を記入してください。

※同月過誤・・・月末までに過誤返戻依頼書を町に提出し、翌月再請求してください。

※通常過誤・・・10日までに過誤返戻依頼書を町に提出し、国民健康保険団体連合会からの過誤決定通知を受付したのち再請求してください。

様式番号

様式番号	サービス種類・名称
10	訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・居宅療養管理指導・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護
11	介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防通所介護・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防居宅療養管理指導・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護
21	短期入所生活介護
24	介護予防短期入所生活介護
22	短期入所療養介護(老健)
25	介護予防短期入所療養介護(老健)
23	短期入所療養介護(病院等)
26	介護予防短期入所療養介護(病院等)
30	認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)
31	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)
32	特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護
33	介護予防特定施設入居者生活介護
34	認知症対応型共同生活介護(短期利用)
35	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用)
40	居宅介護支援
41	介護予防支援
50	介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設
60	介護老人保健施設・介護療養型老人保健施設
70	介護療養型医療施設