

介護給付費過誤申立書

泉南市様

	通常過誤
	同月過誤

住 所 _____

事業所名 _____

電話番号 _____ 担当 _____

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

年 月 日

事業所番号	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	申立事由
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

- | | | | |
|--------------------|------------------|-----------------|----------------|
| 10 訪問通所区分介護・居宅療養管理 | 24 予防短期入所生活介護 | 32 特定施設生活介護 | 41 介護予防サービス計画費 |
| 11 訪問通所区分予防・居宅療養管理 | 25 予防老健短期入所療養介護 | 33 予防特定施設生活介護 | 50 介護老人福祉施設 |
| 21 短期入所生活介護 | 26 予防療養型短期入所療養介護 | 34 認知症対応型短期入所 | 60 介護老人保健施設 |
| 22 老健短期入所療養介護 | 30 認知症対応型共同生活 | 35 予防認知症対応型短期入所 | 70 介護療養型医療施設 |
| 23 療養型短期入所療養介護 | 31 予防認知症対応型共同生活 | 40 居宅介護サービス計画 | |