

介護給付費過誤連絡票

(あて先) 桐生市長

年 月 日

↓ いずれかに○

	通常過誤	毎月15日必着。
	同月過誤	毎月末日必着。国保連への依頼書の写しを添付。

(○の記入がなく、添付書類や事前連絡もない場合は、通常過誤と判断させていただきます。)

事業所番号									
事業所名									
電話番号									

次の介護給付費については、過誤につき返戻願います。

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（その他の事由について記入）
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

*過誤申立事由コード

コード値	サービス給付費（報酬）の種類	事 由
1 0 0 2	訪問通所区分介護サービス/居宅療養管理指導	請求誤りによる 実績取り下げ
2 1 0 2	短期入所生活介護	
2 2 0 2	老人保健施設型短期入所療養介護	
2 3 0 2	病院療養型短期入所療養介護	
3 2 0 2	特定施設入所者生活介護	

コード値	サービス給付費（報酬）の種類	事 由
3 0 0 2	認知症対応型共同生活介護	請求誤りによる 実績取り下げ
4 0 0 2	居宅介護（支援）サービス計画	
5 0 0 2	介護老人福祉施設	
6 0 0 2	介護老人保健施設	
7 0 0 2	介護療養型医療施設	