

事業所→徳島市

介護給付費 請求実績取下申立書 (記載例)

保険者番号

3	6	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---

保険者名 **徳島市 殿**

下記の介護予防・日常生活支援総合事業について、取り下げを申し立てます。

令和	●	年	●●	月	●●	日
----	---	---	----	---	----	---

取り下げ処理の種類

通常処理	・	同月処理
-------------	---	------

※同月処理で取り下げを行う場合は事前に連絡が必要となります。

事業所番号	●●●●●●●●●●
事業所名	●●法人 ●●事業所
所在地	徳島市●●町●●番地の●
担当者名	●●●●
電話番号	●●●●-●●●●-●●●●

被保険者番号	サービス提供年月	様式番号	申立事由	再請求有無	再請求後単位数	様式番号	請求明細書様式
0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	令和 ● 年 ● 月 ● 日	●●	●●●●●●●●●● サービス単位 誤: ●●● 単位 → 正: ●●● 単位	有 無	増 減 変更なし	10	様式第2
0 0 0	令和 年 月			有	増	11	様式第2の2
				無	減	21	様式第3
				有	増	24	様式第3の2
				無	減	22	様式第4
				有	増	25	様式第4の2
				無	減	2A	様式第4の3
				有	増	2B	様式第4の4
				無	減	2C	様式第4の5
				有	増	30	様式第5
				無	減	31	様式第5の2
				有	増	40	様式第6
				無	減	41	様式第6の2
				有	増	50	様式第7
				無	減	51	様式第7の2
				有	増	60	様式第8
				無	減	61	様式第8の2
				有	増	70	様式第9
				無	減	71	様式第9の2
				有	増	80	様式第10
				無	減	81	様式第10の2

必ず、保険者をご確認のうえご提出ください。

徳島市以外の被保険者の申立書は受付できません。

H から始まる番号は介護保険被保険者ではありません。

「様式番号」は、右の表に対応する**請求明細書様式の番号**をご記入ください。

取り下げずる請求実績と具体的な理由をご記入ください。

単位数は総点数をご記入ください。

※介護職員処遇改善加算・サービス提供体制強化加算分も含まれます。

再請求有無と再請求後単位数増減は該当するものに○をしてください。

★注意点★

- ①国保連合会の審査を経て支給決定した請求実績について取り下げが必要となります。返戻となった場合は取り下げの必要はありません。
- ②申立書内のすべての項目にご記入ください。
- ③提出方法は持参または郵送のみの受付となります。FAXでの受付は行いません。
- ④請求実績の取り下げは、請求明細書単位となり、1件の請求明細書に複数のサービスがある場合、一部の誤りを取り下げる場合であっても1件全部の取り下げとなります。
- ⑤介護予防・日常生活支援総合事業費 請求取下申立書の注意点も同様とします。