

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

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徳島市で受付できません。
Hから始まる番号は介護保険被保険者ではありません。

事業所番号	3 6 7 0 1 0 0 0 0 1
事業所名	〇〇法人 △△△事業所
所在地	徳島市〇〇町〇〇番地の〇
担当者	
電話番号	

之事業所印

申立書のすべてに 事業所印を押印してください。

下記の介護(予防)給付について、取り下げを申し立てま平成 年 月 日

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	様式番号	申立事由	再請求 有無	再請求後の 単位数
0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 徳島 太郎	平成 29 年 4 月	1 0	訪問介護利用回数の請求誤りのため 誤：4,000単位→正：3,500単位	有	増減 変更なし
	平成 年 月			有	増減
	平成 年 月			無	増減 変更なし
	平成 年 月			有	増減
	平成 年 月			無	増減 変更なし

「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。

再請求の有無と再請求後の単位数
増減は、該当するものに○をしてください。

取り下げする請求実績と具体的な理由をご記入ください。

例)〇〇加算の算定もれのため

例)〇〇加算を取り下げるため

例)サービス提供日数誤り(誤12日→正10日)

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。

様式番号	請求明細書様式
2 2	様式第2
2 5	様式第2の2
2 3	様式第3
2 6	様式第3の2
3 0	様式第4
3 1	様式第4の2
3 2	様式第5
3 3	様式第5の2
3 4	様式第6
3 5	様式第6の2
3 6	様式第6の3
4 0	様式第6の4
4 1	様式第6の5
5 0	様式第6の6
6 0	様式第6の7
7 0	様式第7
	様式第7の2
	様式第8
	様式第9
	様式第10

★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件全部の取り下げします。
- 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介護給付費 請求実績取下申立書と同様とします。