

締切分

介護給付費 介護予防・日常生活支援総合事業費 同月過誤 申立書

高松市介護保険課給付係 宛

※ 提出期限 毎月月末(休日の場合はその前日) 必ず翌月10日に再請求すること

※ 送付先 高松市介護保険課 FAX 087-839-2337(送信票・添書等不要)

合計件数 件

件数が20件以上の場合は、毎月20日頃までに御相談ください。(提出期限の変更をお願いする場合があります。)同月3号様式でメールで御提出ください。

令和 年 月 日

下記の介護給付費及び介護予防・日常生活支援総合事業費について、同月過誤を申し立てます。

【結果報告欄】

結果報告日 令和 年 月 日

Table with columns for insured person info, service dates, reasons for overpayment, and a detailed breakdown of overpayment and re-claim amounts.

						結果報告日		令和 年 月 日			
被保険者番号	サービス提供年月	介護区分	申立理由コード	詳細コード	理由を具体的に記入してください。 <例> ○○加算の取下げ・定員超過・○○基準違反	過誤後の実績予定			過誤・再請求確定後の実績		
						再請求予定		再請求なし	再請求確定		再請求確定審査月
被保険者氏名						増額予定 単位数	減額予定 単位数	減額 単位数	増額確定 単位数	減額確定 単位数	
6	令和 年 月	事・予・介									令和 年 月
7	令和 年 月	事・予・介									令和 年 月
8	令和 年 月	事・予・介									令和 年 月
9	令和 年 月	事・予・介									令和 年 月
10	令和 年 月	事・予・介									令和 年 月
11	令和 年 月	事・予・介									令和 年 月
12	令和 年 月	事・予・介									令和 年 月
計											

						結果報告日		令和 年 月 日			
被保険者番号		サービス提供年月	介護区分	申立理由コード	詳細コード	過誤後の実績予定			過誤・再請求確定後の実績		
被保険者氏名						再請求予定		再請求なし	再請求確定		再請求確定審査月
						増額予定 単位数	減額予定 単位数	減額 単位数	増額確定 単位数	減額確定 単位数	
13		令和 年 月	事・予・介								令和 年 月
14		令和 年 月	事・予・介								令和 年 月
15		令和 年 月	事・予・介								令和 年 月
16		令和 年 月	事・予・介								令和 年 月
17		令和 年 月	事・予・介								令和 年 月
18		令和 年 月	事・予・介								令和 年 月
19		令和 年 月	事・予・介								令和 年 月
計											