

12月10日 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

国保連合会の請求受付締切日です。(毎月10日)
高松市への提出期限は、締切の前月末です。

※ 提出期限 毎月

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
メールで御提出ください

合計件数 **52** 件

令和 28 年 11 月 20 日

毎月20日までに担当者と協議してください。
(件数により、提出期限の変更をお願いする場合があります。)

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。

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	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
						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	
0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 高松 一郎	令和 27 年 8 月	事・ 予・ ①	1 0 0 2	F	短期入所生活介護の機能訓練体制加算の算定について、機能訓練指導員が配置されていないにもかかわらず、算定していた。		240				令和 年 月

他 4 人 51 件分 (内訳別紙同月過誤一覧のと)

同月3号様式②に全件入力し、
一緒にEXCELファイルで提出してください。

※記入例の詳細については同月1号様式を参照してください。
※本様式(同月3号)は、過誤申立件数が20件以上の場合に使用してください。

事業対象者、介護、介護予防で、別々の申立書に記入してください。
(例)合計件数50件のうち、介護25件、予防25件の場合は、それぞれ25件ずつ申立をしてください。

再請求確定後、増減単位数を記入し、報告してください。

事業所名	△△ショートステイセンター
事業所番号	3 7 7 1 1 1 1 1 1 1
電話番号	098-765-4321
担当者氏名	栗林 公子

【結果報告欄】

結果報告日
令和 年 月 日

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
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	
	240				令和 年 月

【結果報告欄】

【別紙の合計】

結果報告日
令和 年 月 日

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
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	
0	5,232	0			令和 年 月