



締切分

/ ページ

介護給付費
介護予防・日常生活支援総合事業費

通常過誤 申立書

高松市介護保険課給付係 宛

※ 提出期限 毎月17日
(金曜日及び休日の場合はその前日)

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

件数が20件以上の場合、又は減額予定の場合は
できる限り同月過誤でお願いします。

合計件数 件

令和 年 月 日

【結果報告欄】

結果報告目

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、通常過誤を申し立てます。

						過誤後の実績予定			過誤・再請求確定後の実績		
被保険者番号	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	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	
	令和 年 月	事・予・介									令和 年 月
	令和 年 月	事・予・介									令和 年 月
	令和 年 月	事・予・介									令和 年 月
	令和 年 月	事・予・介									令和 年 月
	令和 年 月	事・予・介									令和 年 月
	令和 年 月	事・予・介									令和 年 月
計						0	0	0	0	0	

											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			
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							
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							0	0	0	0	0		

											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			
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							0	0	0	0	0		