

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**

高松市生活福祉課 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 高松市生活福祉課  
FAX 087-839-2336(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。

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  
年 月 日

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	
1 H 8 5 5	年 月	事・予・介									年 月
2 H 8 5 5	年 月	事・予・介									年 月
3 H 8 5 5	年 月	事・予・介									年 月
4 H 8 5 5	年 月	事・予・介									年 月
5 H 8 5 5	年 月	事・予・介									年 月
計											

						結果報告日				
						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	
		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	H 8 5 5	年 月	事・予・介							年 月
7	H 8 5 5	年 月	事・予・介							年 月
8	H 8 5 5	年 月	事・予・介							年 月
9	H 8 5 5	年 月	事・予・介							年 月
10	H 8 5 5	年 月	事・予・介							年 月
11	H 8 5 5	年 月	事・予・介							年 月
12	H 8 5 5	年 月	事・予・介							年 月
計										

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

						結果報告日					
						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	H 8 5 5	年 月	事・予・介								年 月
14	H 8 5 5	年 月	事・予・介								年 月
15	H 8 5 5	年 月	事・予・介								年 月
16	H 8 5 5	年 月	事・予・介								年 月
17	H 8 5 5	年 月	事・予・介								年 月
18	H 8 5 5	年 月	事・予・介								年 月
19	H 8 5 5	年 月	事・予・介								年 月
計											