|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 井原市長　様 | **申立書記入例** | 事業所番号 | ３ | ３ | ３ | ３ | ３ | ３ | ３ | ３ | ３ | ３ |
| （保険者番号：332072） |  | 事業所名称 | ○○○○○事業所 |
| 該当するサービス費に✔を記入してください | 令和○○年○○月○○日 | 事業所所在地 | 〒 |
|  | （　　○　枚中　○　枚目） | 連絡先 | TEL：FAX：　　　　　　　　　　　（担当：　　　　　　） |
| 　過誤対象となるサービス費 | ☑介護給付費　□介護予防・日常生活支援総合事業費 |  |
| 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス提供年月 | 申立事由コード | 申立事由　（具体的に記入してください） |
| 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 井原　桜子 | 令和○○年　７月 | 1 | 0 | 0 | 2 | ○○加算算定もれのため |
| 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 井原　桜子 | 令和○○年　８月 | 1 | 0 | 0 | 2 | ○○加算算定もれのため |
| 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 井原　太郎 | 令和○○年　６月 | 1 | 0 | 0 | 2 | ○○加算を誤って算定したため |
| 0 | 0 | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 井原　花子 | 令和○○年　７月 | 1 | 0 | 0 | 2 | 負担割合の誤り（誤１割　→　正２割） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月4桁の申立事由コードを記入(コード一覧については別紙参照) |  |  |  |  | 申立事由を記入する（できるだけ具体的に）(例)○○加算の算定もれのため(例)○○加算を誤って算定したため(例)サービス提供日数誤り(誤12日→正10日) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 過誤の対象となるサービスを提供した年月を記入 | 　　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月 |  |  |  |  |  |

***※申立書の提出は、郵送または直接介護保険課窓口へお願いします。（ＦＡＸ不可）***