|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）***