

# 介護給付費 請求取下申立書

島田市長

保険者番号	2	2	2	0	9	1
保険者名	島田市					

年 月 日

下記の介護給付について、請求取り下げを申し立てます。

事業所番号									
事業所名称									
電話番号									
FAX番号									
担当者氏名									

	被保険者番号	被保険者名	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)
				様式番号	申立事由	
1			年 月			
2			年 月			
3			年 月			
4			年 月			
5			年 月			
6			年 月			
7			年 月			
8			年 月			
9			年 月			
10			年 月			

様式第二	10	様式第三	21	様式第四	22	様式第五	23	様式第四の三	2A	様式第六	30
様式第二の二	11	様式第三の二	24	様式第四の二	25	様式第五の二	26	様式第四の四	2B	様式第六の二	31

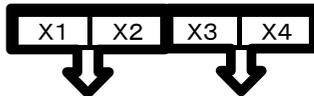
様式番号

様式第六の三	32	様式第六の五	34	様式第六の七	36
様式第六の四	33	様式第六の六	35		

様式第七	40	様式第八	50	様式第九	60	様式第九の二	61	様式第十	70
様式第七の二	41								

02
請求誤りによる 実績取下げ
99
その他の事由による実 績の取下げ

過誤申立事由コード

様式番号	サービス種類	申立理由
10	様式二	02 請求誤りによる実績取下げ
		42 適正化(その他)による保険者申立の過誤取下げ
		43 適正化(ケアプラン点検)による保険者申立の過誤取下げ
	様式二の三	44 適正化(介護給付費通知)による保険者申立の過誤取下げ
		45 適正化(医療突合)による保険者申立の過誤取下げ
		46 適正化(縦覧点検)による保険者申立の過誤取下げ
11	様式二の二	47 適正化(給付実績を活用した情報提供)による保険者申立の過誤取下げ
		99 その他の事由による実績の取下げ
20	様式七の三	<div style="text-align: center;">  <p>様式番号 申立理由番号</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>◆様式番号は、サービス種類に対応した様式番号を記入します</p> <p>◆通常、事業所からの申し出による申立理由コードは“02”または“99”となります</p> <p>◆過誤取下げは、明細書単位となります</p> <p>◆介護予防・日常生活支援総合事業費の過誤については、過誤申立書様式が別になります</p> <p>◆過誤申立で給付管理票の取下げは不可 給付管理票 作成区分&lt;取消&gt;を居宅介護支援事業所等から提出が必要です</p> <p>◆毎月10日が提出締切です。国保連合会からの審査結果(過誤決定通知書)を確認してから再請求してください (スケジュール例：4月5日請求取下申立書提出 →5月1日過誤決定通知書確認 →5月5日再請求)</p> </div>
21	様式第三	
24	様式第三の二	
22	様式第四	
25	様式第四の二	
23	様式第五	
26	様式第五の二	
2A	様式第四の三	
2B	様式第四の四	
30	様式第六	
31	様式第六の二	
32	様式第六の三	
33	様式第六の四	
34	様式第六の五	
35	様式第六の六	
36	様式第六の七	
40	様式第七	
41	様式第七の二	
50	様式第八	
60	様式第九	
61	様式第九の二	
70	様式第十	

【提出・問い合わせ先】

島田市役所 長寿介護課 保険給付係  
 〒427-8501 島田市中央町1番の1(島田市役所1階)  
 電話:0547-34-3287 FAX:0547-37-8200