

# 介護給付費等過誤(修正)連絡票

令和 ○ 年 △ 月 □ 日

佐賀中部広域連合 様

( **通常** ・ 同月 )

どちらかを○で囲むこと。  
※囲まれていない場合は通常で処理します。

事業所番号 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

事業所名 広域デイサービス

担当者名 広域 太郎 (苗字だけでも可)

連絡先 0952-○○-○○○○

下記の介護給付等について、過誤申立(取り下げ)を依頼します。

被保険者番号 被保険者氏名(カナ)	サービス提供年月	請求明細書様式	サービス種類 コード	申立事由コード (記載不要)	申立理由(具体的に記載すること)
0001234567 チュウブ ジロウ	令和 ○ 年 △ 月	第二	15		佐賀中部広域連合の实地指導により、個別機能訓練加算Ⅱの要件を満たしていないことが判明したため
0001234567 チュウブ ジロウ	令和 ○ 年 □ 月	第二	15		同上
0001111111 レンゴウ ハナコ	令和 ○ 年 △ 月	第七	43		○○○○加算を算定し忘れていたため
0001111111 レンゴウ ハナコ	令和 ○ 年 □ 月	第七	43		同上
	令和 年 月				
	令和 年 月				
	令和 年 月				
	令和 年 月				
	令和 年 月				
	令和 年 月				

• 1人1月分を1行ずつ記載すること。  
• 同被保険者は連続して記載すること。

保険者・県の指摘等によるものは「实地指導により」の文言を記載すること。

1枚につき10人の被保険者を記載できるようにしているため、1枚あたりの被保険者数を変更しないこと。10人を超える場合は2枚目以降を使用すること。

《添付書類》当該申立にかかる「介護給付費請求明細書」の正と誤を添付すること