

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤依頼書

同 月 過 誤

(宛 先) 今 治 市 長

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒 -
連絡先	TEL () -
担当者名	

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤申し立てを依頼します。(枚目 / 枚中)

番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供月	様式 番号	申立 理由 番号	申立理由	再請求 の有無	利用者 負担額 の増減	今治市 記入欄
1		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
2		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
3		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
4		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
5		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
6		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
7		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
8		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
9		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
10		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	

【記載要領】 **被保険者番号順に記載してください。**
「利用者負担額の増減」欄については、負担額に増減がない場合は記載不要です。

【提出期限】 同月過誤 毎月末日（末日が土日祝日の場合は、その前日）
通常過誤 毎月17日（17日が土日祝日の場合は、その前日）

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤依頼書

通常過誤

(宛 先) 今 治 市 長

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒 -
連絡先	TEL () -
担当者名	

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤申し立てを依頼します。(枚目/ 枚中)

番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供月	様式 番号	申立 理由 番号	申立理由	再請求 の有無	利用者 負担額 の増減	今治市 記入欄
1		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
2		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
3		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
4		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
5		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
6		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
7		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
8		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
9		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
10		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	

【記載要領】 被保険者番号順に記載してください。
「利用者負担額の増減」欄については、負担額に増減がない場合は記載不要です。

【提出期限】 同月過誤 毎月末日（末日が土日祝日の場合は、その前日）
通常過誤 毎月17日（17日が土日祝日の場合は、その前日）

記入例

防・日常生活支援総合事業費過誤依頼書

同 月 過 誤

(宛 先) 今 治

希望する過誤種別に合わせた
様式をご利用ください。

事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 △
事業所名	訪問介護事業所 △△
所在地	〒 79△ - △△△△ 今治市△△町△丁目△-△
	- △△△△

再請求の予定がある場合は有に、取り下げのみの
場合は無にチェックを入れてください。理由欄はどのように誤ったのか
分かるように記入してください。

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤申し立てを依頼します。(1 枚目 / 2 枚中)

番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供月	様式 番号	申立 理由 番号	申立理由	再請求 の有無	利用者 負担額 の増減	今治市 記入欄
1	●●●●●●●●●● 1 介護 太郎	平成 30 年 4 月 1 0 1 2			〇〇加算の算定誤りのため	☒ 有 ☐ 無	☐ 増 ☒ 減	
2	●●●●●●●●●● 1 介護 太郎	平成 30 年 5 月 1 0 1 2			〇〇加算の算定誤りのため	☒ 有 ☐ 無	☐ 増 ☒ 減	
3	●●●●●●●●●● 2 介護 花子	平成 30 年 4 月 1 0 1 2			〇〇加算の算定誤りのため	☒ 有 ☐ 無	☐ 増 ☒ 減	
4	●●●●●●●●●● 2 介護 花子	平成 30 年 5 月 1 0 1 2			〇〇加算の算定誤りのため	☒ 有 ☐ 無	☐ 増 ☒ 減	
5	●●●●●●●●●● 3 介護 次郎	平成 30 年 5 月 1 0 1 2			〇〇加算の算定誤りのため	☒ 有 ☐ 無	☐ 増 ☒ 減	
6		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
7						☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
8		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
9		年 月				☐ 有 ☐ 無	☐ 増 ☐ 減	
10		年 月						

被保険者番号の若い順に
記載してください。国保連の審査がすでに通ったもの
しか過誤申立できません。

【記載要領】 被保険者番号順に記載してください。

「利用者負担額の増減」欄については、負担額に増減がない場合は記載不要です。

【提出期限】 同月過誤 毎月末日（末日が土日祝日の場合は、その前日）

通常過誤 毎月17日（17日が土日祝日の場合は、その前日）

様式番号・申立理由番号表

番号記載要領

様式番号		申立理由番号	

【様式番号】

介護給付と予防給付の記載誤りに注意してください。

【申立理由番号】

過誤種別(同月過誤・通常過誤)によって番号が異なります。記載誤りに注意してください。

【様式番号】

介護予防・日常生活支援総合事業費	
様式番号	サービス種類
10	訪問型サービス
	通所型サービス
20	介護予防ケアマネジメント

【申立理由番号】

同月過誤の場合		通常過誤の場合	
申立理由番号	申立理由	申立理由番号	申立理由
12	請求誤りによる実績取り下げ	02	請求誤りによる実績取り下げ
49	適正化(その他)による保険者申立の過誤取り下げ	42	適正化(その他)による保険者申立の過誤取り下げ
4A	適正化(ケアプラン点検)による保険者申立の過誤取り下げ	43	適正化(ケアプラン点検)による保険者申立の過誤取り下げ
4B	適正化(介護給付費通知)による保険者申立の過誤取り下げ	44	適正化(介護給付費通知)による保険者申立の過誤取り下げ
4C	適正化(医療突合)による保険者申立の過誤取り下げ	45	適正化(医療突合)による保険者申立の過誤取り下げ
4D	適正化(縦覧点検)による保険者申立の過誤取り下げ	46	適正化(縦覧点検)による保険者申立の過誤取り下げ
4E	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り下げ	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り下げ
69	不正請求による実績取り下げ	62	不正請求による実績取り下げ
		99	その他の事由による実績取り下げ

同月過誤と通常過誤について

過誤とは、対象となる給付の実績全てを取り消す処理のことです。
その月の支払い決定額は、取り消し分を差し引いたものになります。
(給付実績の一部を取り消すものではありません。)

同月過誤

給付実績の取り下げと再請求を同じ月に行うことができます。
同月中に行うことにより、差額分だけの調整(相殺処理)を行い、事業所の負担を軽減します。

(例)同月過誤の流れ

サービス提供月	事業所→国保連		国保連→事業所		事業所→市		市→国保連		事業所→国保連	
	請求		通知書 発送		過誤依頼 提出		過誤データ 送信 (3月同月)		再請求	
	10日		末日頃		月末		2日		10日	
12月	1月			2月			3月			

【提出期限】 再請求する月の前月末日（末日が土日祝日の場合は、その前日）
(翌月の同月過誤として市→国保連合会へ送信します。)

通常過誤

給付実績の取り下げのみを行います。
(再請求がある場合は、取り下げが確定した後に国保連合会に再請求を行います。)
支払決定額は各月審査ごとに確定します。

(例)通常過誤の流れ

サービス提供月	事業所→国保連		国保連→事業所		事業所→市		市→国保連		事業所→国保連	
	請求		通知書 発送		過誤依頼 提出		過誤データ 送信 (2月通常)		再請求	
	10日		末日頃		17日		20日		10日	
12月	1月			2月			3月			

【提出期限】 17日(17日が休日の場合は、その直前の平日)締め切り
(当月の通常過誤として市→国保連合会へ送信します。)

過誤申立書記載注意事項

- ・被保険者番号順に記載してください。
- ・様式番号・申立理由番号については、別紙「様式番号・申立理由番号表」を参照してください。
- ・「利用者負担額の増減」欄については、負担額に増減がない場合は記載不要です。
(単位数の変更がない場合、サービス種類が居宅介護(介護予防)支援である場合など)