

記入例

- ・毎月15日までに（15日が閉庁日の場合は、直前の開庁日）岡山市介護保険課へ持参又は郵送またはFAXにてご提出ください。
- ・岡山市で過誤申立て確認後、過誤処理を行います。申立て翌月に「介護給付費過誤決定通知書」が国保連合会から事業者へ送付されます。その内容を確認し、必要があれば再請求の手続きを行ってください。
- ・返戻された明細書は、過誤申立ての必要はありません。国保連合会に再請求してください。

介護給付費 過誤申立書		事業所番号	3	3	1	1	2	2	3	3	?	?
岡山市長 様 下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。		事業所名称	〇〇事業所									
		住 所	〒700-**** 岡山市北区〇〇〇〇									
		連絡先	電話番号 *****									
		担当者名	****									
被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	サービス費の明細書の名称 <small>※給付・事業のサービス区分が分かるよう記入のこと</small>	申立事由（具体的に）									
00001234** オカヤマ イチロウ	令和 2年 4月	短期入所生活介護	<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; width: 100%;"> [ここに具体的な申立事由を記載する] </div>									
00001234** オカヤマ イチロウ	令和 2年 5月	訪問介護										
00001999** オカヤマ ハナコ	令和 2年 6月	介護福祉用具貸与										
	年 月											
	年 月											
	年 月											
	年 月											
保険者番号 331009 保険者名 岡山市 所在地 〒700-8546 岡山市北区鹿田町1-1-1 岡山市保健福祉局介護保険課 連絡先 電話 086-803-1241 FAX 086-803-1869												

事業所の押印は必要ありません。

提供したサービス名を記入してください。

過誤の内容について、簡潔に記載してください。

被保険者番号順に記入してください。
 同じ人で、サービス提供年月が複数にわたる場合は、その人ごとにサービス提供月順にまとめて記入してください。