

書き方の見本

合計件数と総頁数を記入して下さい。

事業所 → 保険者 → 連合会

過誤申立書

武蔵野市健康福祉部高齢者支援課

介護保険係（給付担当） 行き

（保険者番号：132035）

申立年月日 令和 年 月 日

下記の介護（予防）給付・総合事業について、過誤を申し立てます。

計 15 件 頁番号 1 / 2

令和 1 年 9 月 15 日

事業所番号	1	3	7	3	3	9	9	9	9	9
事業所名称	〇〇〇事業所									
所在地	〒180-0012 武蔵野市緑町2-2-28									
電話番号	TEL 0422 - 60 - 1845									
FAX番号	FAX 0422 - 51 - 9218									
担当者名	△△ △△									

番号	被保険者番号										フリガナ		サービス提供月	サービス種類	申立事由 コード	申立事由（申立理由を具体的に）	再請求	
											被保険者氏名							
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	カゴ 太郎	平成 令和	31 年 3 月	介護福祉施設	42	介護支援専門員欠員の減算をしていなかったため	有・無
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	カゴ 太郎	平成 令和	31 年 4 月	通所介護	42	定員超過の日の減算をしていなかったため	有・無
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	カゴ 太郎	平成 令和	1 年 5 月	訪問看護	99	看護職員の人員基準を満たしていない なかったため	有・無
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	カゴ 花子	平成 令和	31 年 1 月	訪問介護	99	病院内での付き添いのみで訪問介護を 請求していたため	有・無
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	カゴ 花子	平成 令和	31 年 2 月	居宅介護支援	42	サービス利用実績がなかったため	有・無
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	カゴ 花子	平成 令和	31 年 3 月	訪問介護	42	公費請求もれのため	有・無
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	カゴ 花子	平成 令和	31 年 4 月	短期入所生活介護	02	限度額超過のため	有・無
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	カゴ 花子	平成 令和	1 年 5 月	訪問介護	02	給付単位数請求誤り	有・無
												カゴ 花子	平成 令和	1 年 6 月	介護福祉施設	42	外泊時費用加算誤り	有・無
												カゴ 花子	平成 令和	1 年 7 月	介護保健施設		負担限度額算定誤り	有・無

被保険者番号ごとに記入してください。
平成、令和どちらかに丸をつけて下さい。

例：000000001 介護太郎 31年3月
000000001 介護太郎 31年4月
000000001 介護太郎 1年5月
000000002 介護花子 31年1月
000000002 介護花子 31年2月

保険者 → 連合会と経由します。

武蔵野市 FAX 番号を
必ず記入して下さい。

- ・東京都指導検査の場合は、「99」
- ・武蔵野市の助言・指導の場合は「42」
- ・事業所が発見した請求誤りの場合は「02」

武蔵野市 電話番号（0422-60-1845）

住所：〒180-8777

武蔵野市緑町2-2-28
武蔵野市健康福祉部高齢者支援課
介護保

[次頁： 有 無]

再請求する場合は「有」に○を
必ず記載。

過誤申立書(次葉)

令和 1 年 9 月 15 日

事業所番号	1	3	7	3	3	9	9	9	9	9
事業所名称	〇〇〇事業所									

下記の介護(予防)給付・総合事業について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号										フリガナ	サービス提供月	サービス種類	申立事由 コード	申立事由(申立理由を具体的に)	再請求
											被保険者氏名					
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	カゴジロウ 介護 次郎	平成 令和 31 年 3 月	通所介護	42	定員超過の日の減算をしていなかったため	有・無
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	カゴジロウ 介護 次郎	平成 令和 31 年 4 月	訪問看護	99	看護職員の人員基準を満たしていない なかったため	有・無
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	カゴサブロウ 介護 三郎	平成 令和 31 年 3 月	訪問介護	99	病院内での付き添いのみで訪問介護を 請求していたため	有・無
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	カゴサブロウ 介護 三郎	平成 令和 31 年 4 月	訪問介護	02	給付単位数請求誤り	有・無
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	カゴサブロウ 介護 三郎	平成 令和 1 年 5 月	介護福祉施設	42	外泊時費用加算誤り	有・無
												平成 年 月				有・無
												平成 年 月		(以下余白)		有・無
												平成 年 月				有・無
												月				有・無
												月				有・無
												月				有・無
												月				有・無
												月				有・無
												月				有・無

11件以上の申立の場合は、2枚目以降、こちらの用紙を使用して下さい。

過誤調整額が審査決定額を上回ってしまった場合、その差額(不足分)は、過誤処理翌月の23日頃、国保連より事業所へ「返納通知書」が送付され現金振込みにより返還していただくことになります。

その為、東京都や保険者の指導等により、当該事業所等の過誤申立件数が大量となる場合や、過誤額が高額となる場合は、保険者等と協議の上、過誤処理を数回に分散することもご検討下さい。

その際に、過誤の返還計画表(様式任意)を作成し、併せてご提出下さい(保険者への事前相談要)。

申立事由は例のように具体的に記入してください。