

介護給付費過誤申立書

年 月 日

吉備中央町長 様

事業者番号	
事業者名	
所在地	〒
連絡先(担当者氏名)	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

被保険者番号	サービス提供月				サービス提供種類	当初単位数	訂正後単位数	申立事由
被保険者氏名								
	令和		年	月				
	令和		年	月				
	令和		年	月				
	令和		年	月				
	令和		年	月				

居宅	予防	サービス提供種類	居宅	予防	サービス提供種類
10	11	訪問通所・居宅療養管理・小規模多機能型	32	33	特定施設入所者生活介護
21	24	短期入所生活介護	40	41	サービス計画費
22	25	介護老人保健施設における短期入所療養介護	50		介護老人福祉施設
23	26	病院または診療所における短期入所療養介護	60		介護老人保健施設
30	31	認知症対応型共同生活介護(※1)	70		介護療養型医療施設
34	35	認知症対応型共同生活介護(短期利用型)	(※1)H18/3サービス以前の特定施設入所者生活介護を含む		