

記載例

過誤（返戻）依頼票

（事業者→長野市）

返戻依頼年月日	令和 3 年 4 月 1 日									
事業所番号	2	0	1	2	3	4	5	6	7	8
事業所名称	長野市介護保険事業所									
担当者氏名	長野 介護			電話番号			026-224-7871			

過誤の種類	同月過誤 ・ 通常過誤									
再請求の予定	有 ・ 無			再請求の時期			令和 3 年 5 月分			
被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
被保険者氏名	介護 太郎									
サービス提供年月日	令和 3 年 1 月分									
サービスの種類：	居宅介護支援					（サービスコード： 43 ）				
過誤申立の具体的な事由（理由）										
<p>例. 算定要件を満たしていない〇〇加算を算定してしまっていたため。 基本報酬の算定を誤り、サービスコード1111を2222へ変更するため。 サービス利用日数を9日のところ、10日であげてしまったため。 公費負担で請求せず、利用者負担ありとして請求してしまったため。 実地指導により、〇〇加算IIについて自主点検した結果、〇〇加算Iへ変更するため。 遡って特定入所者介護サービス費の請求をするため。</p>										
誤算定単位数			正算定単位数				単位数差			
1000	単位		800	単位			-200	単位		

※ 過誤（返戻）依頼票締切日（介護保険）

同月過誤は【毎月最終営業日】

通常過誤は【毎月15日（土・日・祝日の場合は前営業日）】

請求明細書の全体の単位数
を記入してください。

過誤の種類、給付管理票の修正時期等、詳細は

長野市介護保険課ホームページ「過誤調整について」をご覧ください。

提出先

〒380-8512

長野市大字鶴賀緑町1613番地

長野市役所保健福祉部

介護保険課給付担当

メール：kaigo@city.nagano.lg.jp

FAX：026（224）8694

※メール、郵送、FAX可（送付状不要）

メール、FAXで送信する場合は、送信先の誤りにご注意ください。