

# 記載例

過誤（返戻）依頼票（事業者→長野市）

再請求予定月 令和 3 年 5 月

過誤の種類 **同月過誤** 通常過誤

事業所名称	長野市介護保険事業所	事業所番号	2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	サービスの種類：	居宅介護支援
担当者氏名	長野 太郎	電話番号	026-224-7871										(サービスコード： 43 )	
過誤申立の具体的な事由（理由）	<b>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。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。</b>													

※被保険者ごと、サービス提供年月順に記載してください。

No.	サービス提供年月	被保険者番号	被保険者氏名	減算箇所	誤算定単位数	正算定単位数	単位数差
1	R 3 年 4 月	0 0 0 0 1 1 1 1 1 1	介護 太郎	提供時間誤り	1000 単位	800 単位	-200 単位
2	R 3 年 5 月	"	"	"	900 単位	800 単位	-100 単位
3	R 3 年 1 月	0 0 0 0 2 2 2 2 2 2	介護 次郎	負担限度額	300 単位	300 単位	0 単位
4	R 3 年 1 月	0 0 0 0 3 3 3 3 3 3	介護 三郎	初回加算	600 単位	750 単位	+150 単位
5	年 月				単位	単位	単位
6						単位	単位
7							単位
8	年 月						単位
9	年 月						単位
10	年 月					単位	単位

被保険者番号順に記載をお願いします。  
同一被保険者について、複数月分の請求を返戻する場合は、被保険者番号や氏名は省略しても構いません。

請求明細書の全体の単位数を記入してください。  
※請求を誤った加算部分のみの記入や、一日あたりの単位数の記入等の記載誤りが見受けられます。

※ 過誤（返戻）依頼票締切日（介護保険課必着）

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）】

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。