

**記載例**

過誤（返戻）依頼票 （事業者→長野市）

再請求予定月 令和 5 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）		<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。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>											サービスコードを入力すると自動で入力されます	

※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 5 年 3 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 5 年 4 月					〃					〃	〃	900 単位	800 単位	-100 単位	
3	R 5 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 5 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	単位
7														単位	単位	単位
8	年 月													単位	単位	単位
9	年 月													単位	単位	単位
10	年 月													単位	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「過誤申立について」をご覧ください。

※ 過誤（返戻）依頼票締切日（介護保険課必着）

同月過誤：【毎月最終営業日】

通常過誤：【毎月15日（土日祝日の場合は前営業日）】

提出先(送付状不要)  
〒380-8512 長野市大字鶴賀緑町1613番地 長野市役所介護保険課給付担当  
メール: kaigo@city.nagano.lg.jp FAX: 026-224-8694