

介護予防・日常生活支援総合事業費用

事業所→台東区（保険者） FAX 03-5246-1229（送信状不要）

申立年月日 年 月 日

【総合事業用】

過 誤 申 立 書

【再請求（該当する方に○）：有・無】

○申立書はFAXまたは郵送等で送付してください。FAX送付の場合、マスキング等の配慮願います。

○国保連の審査を終えて、給付決定しているものであるか、今一度ご確認ください。

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

番号	被保険者番号 (台東区の被保険者のみ)	フリガナ 被保険者氏名	サービス提供月	申立事由 コード	申 立 事 由 (99：その他の理由の場合、具体的事由を記入)
1			年 月		
2			年 月		
3			年 月		
4			年 月		
5			年 月		
6			年 月		

※申立事由コードの上2桁は、次のいずれかを記入ください。

●通所型サービス費・通所型サービス費A・訪問型サービス費・訪問型サービス費A：10

●介護予防ケアマネジメント費：20

下2桁には、次のいずれかを記入ください。

●請求誤りの場合：02（請求誤りによる実績取り下げ） ●請求誤りの場合（同月）：12（請求誤りによる実績取り下げ（同月））

●区の指導等による場合：42（保険者申立の過誤取下げ） ●その他の理由の場合：99（その他の事由による実績取り下げ）