

記入例

提出日を記入  
してください

令和3 年 4 月 1 日

みやま市長 様

通常過誤：15日必着  
同月過誤：月末必着

※締切日が土日祝の場  
合は前倒しになります。

※介護給付費と介護予  
防・日常生活支援総合  
事業費は分けて記入し  
てください。

事業所番号	401234567〇
事業所名	〇〇訪問介護サービス
代表者名	みやま 太郎
連絡先	0944-64-〇〇〇〇
担当者名	瀬高 太郎

過誤処理の依頼について

下記のとおり、介護報酬の請求に係る  どちらかに〇 を依頼します。

記

過誤処理方法	<input checked="" type="radio"/> 通常過誤 ・ <input type="radio"/> 同月過誤
取消事由の主な内容 (※詳細は過誤申立書に 記入すること)	<input checked="" type="radio"/> 請求誤り ・ <input type="radio"/> 指導等による返還

どちらかに〇

件数	誤請求金額計 ( A )	正請求金額計 ( B )	差額 ( A ) - ( B )	再請求予定年月
3件	182,623円	179,823円	2,800円	令和3年5月

注意① 過誤処理方法は、原則通常過誤です。通常過誤では給付費支払いが大幅に減って影  
響が大きい場合に同月過誤を選択して請求します。

様式2の「誤」の合計  
欄と同じになります  
(様式2が複数枚の場  
合は、その合計)

様式2の「正」の合計  
欄と同じになります  
(様式2が複数枚の場  
合は、その合計)

請求月の翌々月以降かつ  
過誤処理の依頼の提出の  
翌月以降となります。

2. (通常・同月)過誤申立書(様式2号)
3. 国保連合会に提出した介護給付費明細書の写し