

事業所→保険者

<問合せ先>
港区 保健福祉支援部
介護保険課 介護給付係
過誤申立担当 03-3578-2876～2880

過 誤 申 立 書 （ 記 入 例 ）

<給付の種類>
「介護給付及び介護予防給付」または「介護予防・日常生活支援総合事業費」のいずれか一つを『■』と表記してください。

申立年月日	2025年4月18日
事業所番号10桁	13ZZZ99999
事業所名称	ミナトシティ
電話番号	03-3578-2111
担当者名	介護 保険

(宛先) 港区長

下記の ☒ 介護給付及び介護予防給付について、過誤を申し立てます。
☐ 介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者氏名	被保険者番号 10桁（頭3桁は「000」固定）										サービス提供年月 6桁（西暦年、月）				申立事由コード 4桁		申立事由	再請求 の有無				
11	芝 麻布	0	0	0	9	9	1	2	3	4	5	2	0	2	4	0	8	1	0	1	2	遡って負担割合が変更となったため	☒ 有 ☐ 無
12	芝 麻布	0	0	0	9	9	1	2	3	4	5	2	0	2	4	0	9	1	0	1	2	遡って負担割合が変更となったため	☒ 有 ☐ 無
13	赤坂 高輪	0	0	0	9	9	2	4	6	8	0	2	0	2	4	0	8	2	1	9	9	東京都の指導監査に基づく取り下げ	☒ 有 ☐ 無
14	赤坂 高輪	0	0	0	9	9	2	4	6	8	0	2	0	2	4	0	9	2	1	9	9	東京都の指導監査に基づく取り下げ	☒ 有 ☐ 無
15	芝港 台場	0	0	0	9	9	3	6	9	2	5	2	0	2	4	0	8	4	0	0	2	請求誤りによる実績取り下げ	有 ☒ 無
16	芝港 台場	0	0	0	9	9	3	6	9	2	5	2	0	2	4	0	9	4	0	0	2	請求誤りによる実績取り下げ	有 ☒ 無
17		0	0	0	<サービス提供年月> 年月を数字6桁で表記してください。 (例)2024年8月の場合 ⇒「202408」 <申立事由コード（上2桁）> サービス種類に応じて、数字2桁を記載してください（別紙「申立事由コード（上2桁）」参照）。 <申立事由コード（下2桁）> 申立理由に応じて、数字2桁を記載してください（別紙「申立事由コード（下2桁）」参照）。										<申立事由> 過誤申立てが必要になった理由を記載してください。 ※指導監査等の場合、都道府県名または市区町村名を記載してください。 <ページ数> 右下にページ数を記載してください。				有・無				
18		0	0	0															有・無				
19		0	0	0															有・無				
20		0	0	0															有・無				

<提出方法> (1) 窓口 (2) 郵送 (3) 電子申請
<注意事項> (1) 被保険者番号は10桁（頭3桁は「000」固定）です。これに該当しない被保険者は、様式や提出先が異なります。
(2) 「介護給付及び介護予防給付」または「介護予防・日常生活支援総合事業費」のいずれかのみを記載してください。