

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業費用(訪問型サービス・訪問型サービスA・通所型サービス・通所型サービスA)

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、マスク等配慮願います。

○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)		
	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日
1													年	月	日	1	0	
2													年	月	日	1	0	
3													年	月	日	1	0	
4													年	月	日	1	0	
5													年	月	日	1	0	
6													年	月	日	1	0	

※申立事由コードの上2桁は様式番号10(総合事業用)で固定となります。

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) ●区の指導等による場合:42(保険者申立の過誤取り下げ)
- 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)