

記載例

介護給付費等取下げ依頼

市川市長

令和 年 月 日

居宅介護支援事業者がサービス事業者の請求を取り下げることはできません。それぞれの事業所が提出してください

請求事業者

事業者番号 1234567890

事業者名称 ○○○通所介護事業所

所在地 〒123-0000
××市△△番○○号

連絡先電話番号 047-×××-□□□□

担当者 介護 花子

国保連合会へ介護給付費請求者情報等を提出（伝送）した日付をご記入ください

令和 ○年 ○月 ○日に 国保連合会へ提出した下記介護給付費（介護予防・日常生活支援総合事業費）請求の取下げを依頼します。

サービス提供年月	××年○○月	保険者名	市川市
被保険者番号	000000××××	明細書様式番号	様式第○号
被保険者氏名	○○ ○○	保険請求単位 (決定された単位数)	×, ×××
生年月日	○年○月○日		

国保連合会で審査決定済の総単位数を記入してください（処遇改善加算等を含んだ単位を記載）

【取下げ理由】（該当する理由に ✓ を記入し、下欄に詳細を記載してください）

- 請求誤り
 適正化（縦覧点検、医療突合、実地指導等によるもの）

理由の詳細

○○加算を取り忘れたため、取り下げて再請求をする。

理由の詳細は必ず記載してください

- ・加算の取り忘れや請求内容の誤り等により取下げをする場合は、「請求誤り」に✓を記入してください
- ・国保連や保険者から送付される帳票を確認した結果取下げをする場合や、実地指導を受けた結果取下げをする場合は、「適正化」に✓を記入してください

明細書様式番号	サービス種類
様式第二	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、地域密着型通所介護
様式第二の二	介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護
様式第二の三	訪問型サービス、通所型サービス
様式第三	短期入所生活介護
様式第三の二	介護予防短期入所生活介護
様式第四	介護老人保健施設における短期入所療養介護
様式第四の二	介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護
様式第四の三	介護医療院における短期入所療養介護
様式第四の四	介護医療院における介護予防短期入所療養介護
様式第五	病院・診療所における短期入所療養介護
様式第五の二	病院・診療所における介護予防短期入所療養介護
様式第六	認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)
様式第六の二	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)
様式第六の三	特定施設入居者生活介護(短期利用以外)、地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外)
様式第六の四	介護予防特定施設入居者生活介護
様式第六の五	認知症対応型共同生活介護(短期利用)
様式第六の六	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用)
様式第六の七	特定施設入居者生活介護(短期利用)、地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用)
様式第七	居宅介護支援
様式第七の二	介護予防支援
様式第七の三	介護予防ケアマネジメント
様式第八	介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
様式第九	介護保健施設サービス
様式第九の二	介護医療院サービス
様式第十	介護療養施設サービス

受付締切: 毎月15日 午後5時

※ 15日が本庁舎閉庁日の場合は直前の本庁舎開庁日午後5時までとなります。

※ 窓口提出か郵送のみの受付です(FAXによる受付は行っていません)。