

宛先：那珂川市長

事業者番号	
事業所	
代表者	
連絡先	
担当者	

過誤処理依頼書

審査決定した介護報酬請求に誤りがありましたので、下記のとおり請求の取消を依頼します。

取消内容の詳細については、別紙の過誤申立書及び介護給付費明細書のとおりです。

過誤処理方法 ※1参照	通常過誤 ・ 同月過誤
処理依頼件数	件
誤保険請求（既請求）額A	円
正保険請求（再請求予定）額 B	円
差額（A-B）C	円
再請求予定年月	年 月
取消の主な理由	請求誤り ・ 指導等による返還
備考	

- ※1 過誤処理方法は、原則通常過誤です。行政指導等により返還金が発生したときなど件数が多く通常過誤では支払額への影響が大きい場合は、同月過誤を受け付けます。
- ※2 件数が多くなる場合は、事前に電話連絡をしてください。

通常過誤の場合

提出先：那珂川市 高齢者支援課 介護保険担当

提出期：再請求予定年月の前月10日（休日の場合、前営業日）まで

提出物：①過誤処理依頼書

②過誤申立書

③介護給付費明細書の写し（誤箇所を朱書訂正したもの。全件分）

同月過誤の場合

提出先：那珂川市 高齢者支援課 介護保険担当

提出期：再請求予定年月の前月末日（休日の場合、前営業日）まで

提出物：①過誤処理依頼書

②過誤申立書

③介護給付費明細書の写し（誤箇所を朱書訂正したもの。全件分）

