通常・同月　※通常か同月のどちらかを〇で囲んでください。

総合事業用

介護予防・日常生活支援総合事業費　返戻依頼書

吹田市長　宛

下記の者の介護予防・日常生活支援総合事業費について、国民健康保険団体連合会に請求をしましたが、下記理由により、請求に誤りがありましたので、返戻を国民健康保険団体連合会へ依頼していただきたくお願いします。

令和　　年　　月　　日

事業所番号			
事 業 所 名		担当者	
所　在　地	TEL		

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月（西暦）	返戻申立明細書種類 番号	返戻申立明細書種類 サービス種類	返戻申立理由 番号	返戻申立理由 返戻種類
０００	２０　　年　　月				02. 請求誤りによる 99. その他
０００	２０　　年　　月				02. 請求誤りによる 99. その他
０００	２０　　年　　月				02. 請求誤りによる 99. その他
０００	２０　　年　　月				02. 請求誤りによる 99. その他
０００	２０　　年　　月				02. 請求誤りによる 99. その他

帳票ID	002	受付日	令和　　年　　月　　日

通常 同月

記 入 例

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月（西暦）	返戻申立明細書種類 番号	返戻申立明細書種類 サービス種類	返戻申立理由 番号	返戻申立理由 返戻種類
０００１２３４５６７ **吹 田 太 郎**	２０　２３　年　１１　月	１０	**訪問型サービス**	０２	02. 請求誤りによる 99. その他

□ 国保連の審査を終えて、給付決定しているものであるか、ご確認ください。

□ 申請区分（通常過誤、同月過誤）を必ず明記してください。

通常過誤・・・給付実績の取り下げのみを行うものです。当該請求について正しい請求をする必要がある場合には、国保連合会から送付される「介護給付費過誤決定通知書」を確認してから再請求を行ってください。提出期限：毎月10日（10日が閉庁の場合は直前の開庁日）まで。

同月過誤・・・同月過誤は、給付実績の取り下げと再請求を同一月内に行い、誤請求の差額のみ調整するものです。同月過誤の申し出を依頼した翌月に再請求されないと通常過誤と同じ取り扱いになりますのでご注意ください。提出期限：毎月月末（月末が閉庁の場合は直前の開庁日）まで。

□ 返戻申立明細書種類には下記種類を記入してください。

番号	サービス種類
１０	訪問型サービス（みなし、独自、独自/定率、独自/定額） 通所型サービス（みなし、独自、独自/定率、独自/定額）
２０	介護予防ケアマネジメント

提出先：吹田市 福祉部 高齢福祉室 介護保険グループ
〒564-8550 大阪府吹田市泉町1丁目3番40号