

取下げ依頼書(介護報酬・総合事業費請求明細)

令和 年 月 日提出

☐ 通常(15日×切) ☐ 同月(月末×切)(特別な理由がない限り、通常を選択)

総社市長 様
(332080)

下記の事由により、取下げを依頼します。

記入例と注意事項

事業所名

事業所番号

所在地

電話番号

担当者名

【事業者情報】

連絡先が分かるよう記入してください。

No.	サービス提供年月	被保険者番号	被保険者氏名	要介護度等	申立事由コード4桁	当初請求		再請求		当初請求 (特定入所)	再請求 (特定入所)	介護報酬返還(増)額(円)	具体的な理由		
						単位数	請求額(円)	単位数	請求額(円)	保険請求額	保険請求額				
1	H29.5	0000012345	岡山 一郎	要介護4	4002	1,300	13,000	1,000	10,000			-3,000	初回加算を誤って算定していたため		
2	H29.6	0000012345	岡山 一郎	要介護4	4002	1,300	13,000	1,000	10,000			-3,000	〃		
3	.														
4	H30.1	0000054321	総社 花子	要介護3	2112	17,088	153,792	17,088	153,792	10,140	18,600	8,460	多床室の部屋代請求もれのため		
5	H30.2	0000054321	総社 花子	要介護3	2112	5,653	50,877	5,653	50,877	113,300	11,800	470	〃		
6	【サービス提供年月・被保険者番号・氏名】記載順は ①被保険者番号順 ②サービス提供年月(古いものから)としてください。平成〇年〇月 (一人の被保険者ごとに取下げを行う提供月を連続して記入すること)					【当初請求】当初請求していた単位数及び保険請求額(通常7割～9割・居宅介護支援は10割)を記入してください。 基本単位数と 各種加算 を合わせた単位数・金額になります。		【再請求】再請求する正しい単位数及び保険請求額を記入してください。		【特定入所】施設・短期入所サービスの食費・居住費の負担限度額を超える部分(補足給付)の支給額を記載してください。		【返還・増額】返還となるか増額となるか○で囲み、当初請求額と再請求額の差を記入してください。		【具体的な理由】申立事由コード(4桁)に対する具体的な理由を記載してください。	
7															
8															
9															
10															
計							230,669		224,669	123,440	30,400	2,930			

【注意事項】

- ※申立事由コードについては裏面を参照してください。
- ※複数月分ある場合は、利用者ごとに並べてください。
- ※提出方法は、郵送または窓口へ直接提出してください。
- ※被保険者番号がHから始まる場合は介護保険の対象ではありません。福祉事務所にお問い合わせください。
- ※利用者に過払いした高額介護サービス費は、事業所に立て替え返金を求める場合があります。

【申立書送付先】

【連絡先】

〒719-1192

総社市保健福祉部長寿介護課介護保険係 宛

電話番号0866-92-8369 FAX0866-92-8607

メールアドレス choju@city.soja.okayama.jp