

## 記載方法

依頼日： 令和×年×月×日

飯塚市長様

|       |              |
|-------|--------------|
| 事業所番号 | * * * * *    |
| 事業所名称 | 特別養護老人ホーム ○○ |
| 代表者名  | 飯塚 太郎        |
| 連絡先   | 0948-22-5500 |
| 担当者名  | 飯塚 次郎        |

〔 介護給付費請求書  
介護給付費明細書 〕 の取消依頼について

下記の被保険者分につき、介護報酬の請求に係る提出書類の取消を依頼いたします。

記

|          |                       |     |      |      |       |   |   |   |   |   |
|----------|-----------------------|-----|------|------|-------|---|---|---|---|---|
| 証記載保険者番号 | 4                     | 0   | 2    | 0    | 5     | 7 |   |   |   |   |
| 被保険者番号   | 0                     | 0   | 0    | *    | *     | * | * | * | * | * |
| 被保険者氏名   | 新立岩 五郎                |     |      |      |       |   |   |   |   |   |
| サービス提供年月 | 令和×年4月～令和×年5月, 令和×年7月 |     |      |      |       |   |   |   |   |   |
| 取下審査月    | 令和×年                  | ○○月 | 請求取下 | 過誤種類 | 通常・同月 |   |   |   |   |   |
| 明細書様式    | 様式第 八 号               |     |      |      |       |   |   |   |   |   |
| 申立事由コード  | 5                     | 0   | 0    | 2    |       |   |   |   |   |   |
| 取消事由     | ○○加算請求漏れのため           |     |      |      |       |   |   |   |   |   |

- \* 誤りの介護給付費明細書と、正しい介護給付費明細書を添付してください。  
(取下げのみの場合は誤りの明細書のみで構いません)
- \* 明細書について、誤りのあった箇所すべてにマーキングしてください。

… 依頼を行った日(市役所に書類を提出した日)

### (A) 過誤を行う事業所について

- ・事業所番号
- ・事業所名称  
(法人名等ではなく、事業所(左記参照))
- ・代表者名  
(事業所の代表者)
- ・連絡先  
(事業所の連絡先(連絡のつく番号を記載してください。携帯番号でも構いません))
- ・担当者名  
(過誤の内容について確認する場合は、担当者宛に連絡をします。内容を把握している方の氏名を記載してください)

※事業所について:請求の取下げをする必要のある事業所が提出してください。  
(居宅介護予防サービス計画費等の過誤であって、地域包括支援センターが居宅事業所に委託を出している場合は、地域包括支援センターが過誤を行ってください)

### (B) 利用者について

- ・証記載保険者番号  
(対象者の被保険者証に記載されている保険者が、飯塚市であることを確認して下さい)
- ・被保険者番号
- ・被保険者氏名

### (C) 過誤の内容について

- ・サービス提供年月  
(過誤対象月が複数ある場合は先の様に記載して下さい)
  - ・取下審査月
  - ・過誤種類
  - ・明細書様式
  - ・申立事由コード
  - ・取消事由
- (誤りの内容について簡潔に記載して下さい)

※対象者・取消事由が異なるものについては、同一の様式では申請できません