**同　月　過　誤　処　理　依　頼　書**

年　　月　　日

桶川市長　宛

住　所

開設者

氏　名

記

１ 事業所番号

２ 事業所名称

３ サービス提供年月　　　　　　　　　　　　　　月

４ 具体的な過誤申立の理由（例　人員欠如による減算請求をしなかったため・

加算の請求漏れ・日数，回数を少なく請求したため等）

５ 申立件数　　　　　　　　　　　　　　件

6 過誤する金額　　　　　　　　　　　　　　円｛８割又は９割分＋（公費分）｝

7 再請求金額　　　　　　　　　　　　　　円｛８割又は９割分＋（公費分）｝

８ 同月過誤処理月　　　　　　　　　　　　　　月

９ 担当者

10 保険者の担当者

・同月過誤処理依頼書は、保険者と連合会に提出してください。

・保険者分では、保険者ごとに依頼書を作成し、取下げを行う請求の提供年月と金額をご記入ください。また、過誤処理を希望する月の前月末までに提出してください。【要事前相談】

・連合会分では、取下げを行う請求全ての提供年月と金額を一枚の依頼書にまとめてご記入ください。また、毎月５日までに提出してください。