

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤報告書

平成 年 月 日

山北町長 殿

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 及び連絡先 | | () - | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者 職・氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | 担当者 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Ⓜ | | |

次のとおり介護予防・日常生活支援総合事業に係る過誤がありましたので報告
します。

| | | | | | | | |
|------------------|--|--------------|--|-------|--|---|--|
| 被保険者番号 被保険者氏名 | | サービス 提供年月 | | 過誤の内容 | | | |
| | | 平成 年 | | | | | |
| | | 月 | | | | | |
| サービス種類 | | 記載箇所 | | 誤 | | 正 | |
| 被保険者番号 被保険者氏名 | | サービス 提供年月 | | 過誤の内容 | | | |
| | | 平成 年 | | | | | |
| | | 月 | | | | | |
| サービス種類 | | 記載箇所 | | 誤 | | 正 | |
| 被保険者番号 被保険者氏名 | | サービス 提供年月 | | 過誤の内容 | | | |
| | | 平成 年 | | | | | |
| | | 月 | | | | | |
| サービス種類 | | 記載箇所 | | 誤 | | 正 | |

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤報告書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

山北町長 殿

| | |
|-----------------|---|
| 事業所番号 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 |
| 事業所所在地 及び連絡先 | 神奈川県〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇 |
| 事業者名 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 |
| 代表者 職・氏名 | 〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 印 |
| | 担当者 〇〇 |

次のとおり介護予防・日常生活支援総合事業に係る過誤がありましたので報告します。

| 被保険者番号 被保険者氏名 | サービス 提供年月 | 過誤の内容 | |
|--------------------------------|--------------|---------------------|-----------|
| 3 6 4 0 0 0 0 0 0 0 0 山北 太郎 | 平成〇〇年 〇月 | 加算漏れによる実績取下 | |
| サービス種類 訪問型サービス | 記載箇所 | 誤 〇〇〇〇 | 正 〇〇〇〇 |
| 被保険者番号 被保険者氏名 | サービス 提供年月 | 過誤の内容 | |
| 3 6 4 0 0 0 0 0 0 0 0 山北 花子 | 平成〇〇年 〇月 | サービス提供日数の請求誤りにる実績取下 | |
| サービス種類 通所型サービス | 記載箇所 | 誤 〇〇〇〇 | 正 〇〇〇〇 |
| 被保険者番号 被保険者氏名 | サービス 提供年月 | 過誤の内容 | |
| | 平成 年 月 | | |
| サービス種類 | 記載箇所 | 誤 | 正 |