※介護予防・日常生活支援総合事業分については、様式は別様式となるが、介護給付分と見方は同様となります。

# 介護給付費過誤決定通知書（平成３０年５月取扱分）

過誤申立てについては、下記のとおり決定しましたので通知します。

| 事業所番号 | 事業所名 |
|---|---|
| 9970000000 | □□介護事業所 |

平成３０年６月３０日

１ 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

| 証記載保険者番号<br>保険者名 | 被保険者番号<br>被保険者氏名 | サービス<br>提供年月 | サービス<br>種類名 | 過誤申立事由 | 単位数<br>(特定入所者介護費等) | 保険者負担額<br>(公費負担額) | 備　考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

「過誤申立事由」
過誤となった明細書様式と、その理由が表示されます。

「単位数」（特定入所者介護費等）
過誤となった単位数と特定入所者介護サービス費が表示されます。

「保険者負担額」（公費負担額）
単位数×給付率
保険者負担額、公費負担額の支払報酬から過誤となる金額が表示されます。

「合計欄」
上の表の合計が表示されます。

| | | 件数 | 単位数※１　（費用額） | 保険者負担額 |
|---|---|---|---|---|
| 合計 | 介護給付費 | | | |
| | 特定入所者介護費等 | | | |

※特定入所者介護サービス等の場合は金額が印字される。