

介護給付費に関する請求誤り結果報告書（居宅介護支援）

※ [] の部分だけ入力してください。

●法人名 []

●事業所名 []

●1単位の単価 [] 円

被保険者番号	被保険者氏名	算定誤りの内容	サービス提供月 (令和〇年〇月等)	区分	単位数	保険請求額	<備考> 3割負担等があれば 記入してください。
				誤	[]	0	
				正	[]	0	
				差分(返還)	0	0	
				誤	[]	0	
				正	[]	0	
				差分(返還)	0	0	
				誤	[]	0	
				正	[]	0	
				差分(返還)	0	0	
				誤	[]	0	
				正	[]	0	
				差分(返還)	0	0	
				誤	[]	0	
				正	[]	0	
				差分(返還)	0	0	
				誤	[]	0	
				正	[]	0	
				差分(返還)	0	0	
				誤	[]	0	
				正	[]	0	
				差分(返還)	0	0	
合 計				誤	0	0	
				正	0	0	
				差分(返還)	0	0	