　　　　年　　月　　日

介護給付費等過誤調整計画書

芦別市　　様

事業所番号

事業所名

担当責任者名

連絡先

１．介護給付費等過誤調整の依頼理由

２．介護給付費等過誤調整の処理年月

３．過誤調整の方法

* 1. 同月過誤　一括処理
  2. 同月過誤　分割処理（○回分割）

※　北海道国民健康保険団体連合会における処理の結果、支払額がマイナスになる場合は、北海道国民健康保険団体連合会から送付される納付書に従い、一括して清算することとします。

令和　　年　　月　　日

記載例

介護給付費等過誤調整計画書

芦別市　　様

事業所番号

事業所名

担当責任者名

連絡先

１．介護給付費等過誤調整の依頼理由

北海道による実施指導の結果、令和○○年○○月○○日付通達第○

○○号により、療養食加算及び管理栄養士加算・栄養マネジメント

加算について指導があり、一部請求に誤りがあることが判明しまし

た。

つきましては、指導のとおり請求に対する過誤の申請を依頼するこ

ととなりました。

２．介護給付費等過誤調整の処理年月

令和○○年○○月～令和○○年○○月サービス提供分を対象に令

和○○年○○月～令和○○年○○月の期間での処理を考えておりま

す。

なお、調整に係る内訳については、別添調整総額内訳表及び調整額

計画表等のとおりです。

３．過誤調整の方法

1. 同月過誤　一括処理
2. 同月過誤　分割処理（○回分割）

※　北海道国民健康保険団体連合会における処理の結果、支払額がマイナスになる場合は、北海道国民健康保険団体連合会から送付される納付書に従い、一括して清算することとします。