国保連合会 → 支援事業事業所（地域包括支援を含む） → 国保連合会

介護給付費縦覧確認参考表兼居宅介護支援費初回・退院退所加算確認届

（平成〇〇年〇月縦覧審査分）

支援事業所番号	9900000002	支援事業所名	〇口市〇△高齢者支援センター
支援事業所 担当者名		連絡先 （電話番号）	

担当者名・連絡先（電話番号）を必ず記入してください。

平成〇〇年〇月〇日

高知県国民健康保険団体連合会
介護保険課
TEL 088-820-8409

居宅介護支援費に係る加算が算定されていますが、算定要件を確認のうえ「加算の確認届欄」「支援事業所担当者名」及び「連絡先（電話番号）」項目に記入し、平成〇〇年〇月〇日（〇）までに本会へ返送して下さい また、請求に訂正等ありましたら、その旨を空欄に記載ください。本会から処理について連絡いたします。

居宅介護支援（予防）介護給付費明細情報						加算の確認届欄						
証記載 保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス 提供月	サービス 種類	サービス名称（回数）	該当する作成区分（下記※1参照）	退院(所)前区分（下記※2参照）	退院（所）した病院又は施設の名称	入院(所）日	退院(所）日	カンファレンス有無（下記※3参照）	過誤する（下記※4参照）
990001	9000000001	ｶｲｺﾞ ｲﾁﾛｳ	H30/04	43-6143	居宅支援退院退所加算Ⅰ2							
990001	9000000001	ｶｲｺﾞ ｲﾁﾛｳ	H30/04	43-6145	居宅支援退院退所加算Ⅱ2							
990002	9000000002	ｶｲｺﾞ ｼﾞﾛｳ	H30/04	46	介護予防支援							
990002	9000000002	ｶｲｺﾞ ｼﾞﾛｳ	H30/04	46-4001	介護予防支援初回加算							
990003	9000000003	ｶｲｺﾞ ｻﾌﾞﾛｳ	H30/05	43-6132	居宅支援退院退所加算Ⅰ1							

下記（※1）を参照して①～④のいずれかを記入してください。

下記（※2）を参照して①～③のいずれかを記入してください。

カンファレンスの有無について、有りの場合は『有』を記入してください。

過誤を行う場合は〇をしてください。基本的に翌月の過誤処理となります。介護保険者へ過誤申立は不要です。

（※1）「作成区分」は「新規作成の場合」は①、「要支援者が要介護認定を受けた場合」は②、「要介護状態区分が2段階以上の変更の場合」は③、「請求誤りの場合」は④を記入してください。
（※2）退院（所）前の所在が「病院又は診療所」は①、「老人保健施設」は②、「老人福祉施設」は③を記入してください。
（※3）退院退所加算の要件を満たすカンファレンスを行った場合、「有」を記入してください。
（※4）過誤を行う場合には〇を記入して下さい。