

障害福祉サービス等事業所向け手順書

～過誤調整について～

はじめに

既に請求を行った障害福祉サービスや障害児支援（以下、「障害福祉サービス等」）給付費に対する支払が確定したものについて、請求誤り（請求漏れ等）があった場合に、その給付実績を取り下げることが過誤といえます。

障害福祉サービス等事業所は「過誤調整依頼書」を用いて、取り下げる受給者の市町村に過誤申立を依頼することとなります。

この手順書では、過誤調整（**通常過誤**・**同月過誤**）の依頼方法等についてお示しします。

1 通常過誤と同月過誤

(1) 通常過誤

「通常過誤」では、確定していた給付実績が全額取消（事業所支払額と相殺）となります。

事業所は、通常過誤分の過誤調整依頼書を市町村に提出し、国保連合会からの過誤決定通知書の送付を待ちます。

事業所は、過誤決定通知書を確認した後、改めて国保連合会に請求を行うこととなります。

注意点

「通常過誤」では、給付実績が全額取り消されるため、過誤調整を依頼する件数が多い場合、一時的な過誤調整額が高額になることがあります。

この過誤調整額は、毎月の事業所支払額と相殺されますが、次の例のように「不足金」が発生する場合があります。

例) 障害給付費支払額の平均（/月）が200万円の事業所

①障害給付費9万円のサービス明細書を、計100件（数か月分）、「通常過誤」により過誤調整を依頼した。

②過誤調整額が、900万円となった。

③事業所支払額（200万円）と過誤調整額（900万円）を相殺した結果、不足金(-700万円)が発生した。

この不足金額（-700万円）については、国保連合会から事業所へ請求します。

こういった事態を予防するため、多数の過誤調整を依頼する際には、複数回（複数月）に分けて実施するか、**同月過誤**による調整依頼をご検討ください。

(2) 同月過誤

本来は過誤調整を行った月の翌月以降に再請求を行うものですが、「同月過誤」については、過誤調整と再請求を同じ月に行います。

つまり、過誤調整（マイナス）と再請求（プラス）を同月に行うため、一時的な多額の調整を軽減できます。

注意点

「同月過誤」による調整を依頼する場合には、必ず、次の手順に沿ってください。

(1) 同月過誤処理を希望する場合は、次の点について、市町村の障害保健福祉課へ相談してください。

①同月過誤の実施可否

市町村によって、同月過誤の実施条件（件数が著しく多い、調整額が高額になる等）が異なります。

②同月過誤処理実施月

市町村の過誤処理実施月に事業所が再請求を実施しない場合、通常過誤と同じ扱いとなるため、場合によっては高額な調整となる場合があります。

③過誤依頼書の提出期限

提出期限は、市町村によって異なります。

(2) 必要事項を記入した過誤調整依頼書を、市町村に提出期限までに提出してください。

(3) 同月過誤処理実施月の1日から10日までに、通常の請求分と一緒に国保連に再請求してください。

2 過誤処理の大まかな流れ

通常過誤と同月過誤について、12月受付分を例にお示しします。

		通常過誤	同月過誤
11月	事業所	過誤調整依頼書（通常・同月）を市町村に送付	
12月 (過誤処理月)	市町村	1日から5日までに過誤申立のデータを国保連合会へ送信	
	国保連	市町村からの過誤申立のデータに基づき、過誤処理を実施し過誤調整額を算出する。	
	事業所	修正した明細書を、過誤処理月に国保連合会に請求	
	国保連	12月下旬に過誤決定通知書を事業所へ送付する。	
翌年1月	国保連	1月中旬に事業所へ、請求額から過誤額相殺後の金額を支払う。	
翌年1月	事業所	過誤処理月の翌月以降に修正した明細書を国保連合会に請求	

3 過誤調整依頼書の記入方法

(1) 通常過誤

事業所 → 市町村

障害福祉サービス費等明細書過誤調整依頼書(通常過誤)

市町村番号	4	3	①	
市町村名				

様

事業所番号	4	3							
事業所名称	②								印
事業所所在地	〒								
連絡先(電話番号)									

既に支払決定を受けております障害福祉サービス費明細書について、下記サービス利用者分の過誤調整を依頼します。
 なお、本依頼書による過誤調整の結果、不足額が生じた場合は不足額を支払うことを誓約します。

令和 年 ④ 日 ③

受給者番号 受給者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立理由
⑤	平成・令和 ⑥ 月	⑦	⑧
	平成・令和 月		
	平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月		

③ 担当者印

⑨

1 本様式は、市町村ごとに作成して、当該市町村の障害者自立支援担当課(係)へ提出してください。
 2 過誤調整を行わずに再請求されると重複請求となりますのでご注意ください。
 3 本依頼書に基づく過誤額は、毎月の請求額からの相殺になりますので請求額に応じた過誤調整依頼をお願いします。
 4 申立事由コードは、別紙コード表により記入してください。

①	市町村番号・市町村名	当該受給者の「市町村番号・市町村名」を記入する。
②	事業所番号・名称・所在地・連絡先(電話番号)	当該事業所番号、名称、所在地、連絡の取れる電話番号を記入する。
③	担当者印	過誤処理を担当する担当者の印鑑を押す。
④	年月日	依頼書の提出年月日を記入する。
⑤	受給者番号・受給者氏名	当該受給者の番号(ゼロ詰め10桁)及び氏名を記入する。
⑥	サービス提供年月	サービス提供年月を記入する。
⑦	申立事由コード	「過誤申立事由コード一覧」により、様式及び事例に対応したコードを記入する。
⑧	申立理由	申立理由を記入する。
⑨	枚数	一市町村に複数枚提出するような場合に記入する。

(2)同月過誤

記載前に、前述 1 (2) の注意点を御読みください。

事業所 → 市町村

障害福祉サービス費等明細書過誤調整依頼書(同月過誤)

同月過誤 処理実施月		年 月
市町村番号	4 3	様
市町村名		
事業所番号	4 3	印
事業所名称		
事業所所在地	〒	
連絡先(電話番号)		

既に支払決定を受けております障害福祉サービス費明細書について、下記サービス利用者分の過誤調整を依頼します。
 なお、本依頼書による過誤調整の結果、不足額が生じた場合は不足額を支払うことを誓約します。

令和 年 月 日

担当者印

受給者番号 受給者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立理由
	平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月		
	平成・令和 年 月		

1 本様式は、市町村ごとに作成して、当該市町村の障害保健福祉担当課(係)へ提出してください。
 2 過誤調整を行わずに再請求されると重複請求となりますのでご注意ください。
 3 本依頼書に基づく過誤額は、毎月の請求額からの相殺になりますので請求額に応じた過誤調整依頼をお願いします。
 4 申立事由コードは、別紙コード表により記入してください。

枚中 枚目

①	同月過誤処理実施月	市町村担当者と相談して、記載してください。
②	市町村番号・市町村名	当該受給者の「市町村番号・市町村名」を記入する。
③	事業所番号・名称・所在地・連絡先(電話番号)	当該事業所番号、名称、所在地、連絡の取れる電話番号を記入する。
④	担当者印	過誤処理を担当する担当者の印鑑を押す。
⑤	年月日	依頼書の提出年月日を記入する。
⑥	受給者番号・受給者氏名	当該受給者の番号(ゼロ詰め10桁)及び氏名を記入する。
⑦	サービス提供年月	サービス提供年月を記入する。
⑧	申立事由コード	「過誤申立事由コード一覧」により、様式及び事例に対応したコードを記入する。
⑨	申立理由	申立理由を記入する。
⑩	枚数	一市町村に複数枚提出するような場合に記入する。