

電子申請システムによる過誤申立方法について

①やまぐち電子申請システムにアクセスする。

下記 URL または QR コードから「やまぐち電子申請システム」にアクセスしてください。

URL

<https://shinsei.pref.yamaguchi.lg.jp/SksJuminWeb/EntryForm?id=ME7fp69g>

QR コード



※QR コードは(株)デンソーウェーブの登録商標です

②過誤申立入力フォームをダウンロードする。

ページの中ほどにある「過誤申立入力フォーム」をクリックし、入力用のエクセルファイルをダウンロードしてください。ファイルの名前は自由に決めていただいて結構です。

受付期間は毎月1日～25日です。
下記の「過誤申立入力フォーム」をダウンロードしていただき、内容を入力後、アップロードしてください。他の形式のファイルは受付できません。
サービス提供月が複数月になる場合についても、1つのシート内にすべて入力してください。

※支払いが確定していない月の過誤申立を受け付けることはできませんので、請求月の翌月以降に申請をしてください。
※国保連合会の審査が通らず「返戻」となっている場合は、過誤申立は不要です。

◎過誤の種類

(1) 同月過誤

過誤申立を依頼した翌月に再請求をする場合は、同月過誤となります。この場合、過誤申立を依頼した月の翌月に、再請求額と取下げ額を相殺し、差額がある場合は通常の請求額にプラス（またはマイナス）されます。

(例)

過誤申立の依頼月：令和5年4月
過誤取下げ額：20万円
再請求額：15万円
令和5年5月の通常請求額：100万円

上記の例の場合、通常の支払額から、過誤取下げ額20万円と再請求額15万円を相殺した後の差額分5万円を引いた95万円が国保連合会から支払われることとなります。
 $100万円 - (20万円 - 15万円) = 95万円$

(2) 通常過誤

国保連で確定した介護・訓練等給付費または障害児通所給付費の取り下げのみを行うものです。この場合、過誤申立を依頼した月の翌月に、事業所が請求した請求額から支払額が調整されます。

なお、再請求をする場合は取り下げが確定した後（過誤申立を依頼した月の翌々月以降）に再請求をしてください。

(例)

過誤申立の依頼月：令和5年4月
過誤取下げ額：20万円
令和5年5月の通常請求額：100万円

上記の例の場合、通常の請求額100万円から過誤取下げ額20万円を引いた額80万円が国保連合会から支払われることとなります。
 $100万円 - 20万円 = 80万円$

[過誤申立入力フォーム](#)

ブラウザの「戻る」「更新」ボタンを使用すると正しく処理できませんので、使用しないでください。

ここをクリック

事業所番号、受給者番号、受給者のフリガナ、サービス提供年月をそれぞれ入力し、ファイルを保存してください。

過誤申立入力フォーム - Excel

ファイル ホーム 挿入 レイアウト 数式 データ 校閲 表示 開発 ツール (VBA) 実行したい作業を入力してください...

貼り付け 切り取り コピー 書式のコピー/貼り付け グループボード

M S Pゴシック 11 A⁺ A⁻ B I U 背景色 文字色 配置 数値 スタイル

折り返して全体を表示する セルを結合して中央揃え 条件付き書式 テーブルとして書式設定 セルのスタイル 挿入 削除 書式

オート Sum 挿入 削除 書式

C11

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1															
2		事業所番号 (半角数字)	受給者番号 (半角数字)	受給者の フリガナ (全角カタカナ) ※ 児童の場合は 児童の名前	サービス提供年月 (「西暦年/月」と入力 すると自動で和暦に変 換されます。)										
3	(例)	1111111111	12345	イワクニ タロウ	令和5年1月										
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															

【注意】
 ※ 行が不足する場合は適宜追加してください。
 ※ シートは分けしないでください。サービス提供月が複数月の場合も1つのシートに入力してください。
 ※ 事業所番号が異なる場合は、それぞれの事業所で電子申請をしてください。
 ※ 受給者のフリガナについて、児童の場合は児童の名前を入力してください。

ここに入力

過誤申立入力用フォーム

④依頼者情報と過誤申立をする事業所の情報を入力する。

電子申請システムのページにある「依頼者」欄と「過誤申立をする事業所」欄をそれぞれ入力してください。

依頼者（法人代表者または事業所管理者）	
【2】 依頼者住所 必須	※法人所在地または事業所管理者住所 例）岩国市今津町1丁目14番51号 (200文字まで) 〒 住所検索
【3】 依頼者名称 必須	※法人名または事業所管理者 例：社会福祉法人 岩国〇〇会 (200文字まで)
【4】 代表者等の職名及び氏名 必須	法人又は事業所の代表者等 例：代表 岩国 太郎 (200文字まで)

赤枠部分を
すべて入力する

過誤申立をする事業所	
【5】 過誤区分 必須	☐ 同月過誤 ☐ 通常過誤
【6】 事業所番号 必須	(数字10文字まで)
【7】 事業所名 必須	(200文字まで)
【8】 問い合わせ先電話番号 必須	(ハイフン区切り) 入力例:012-345-6789
【9】 担当者名 必須	(200文字まで)
【10】 過誤申立書 必須	ダウンロードした「過誤申立入力フォーム」（エクセルファイル）に必要事項を入力し、アップロードしてください。 (最大アップロードサイズ: 10MB) ファイルを選択してください。 選択

⑤「過誤申立入力フォーム」をアップロードする。

「過誤申立をする事業所」欄の「【10】過誤申立書」に、③で作成した「過誤申立入力フォーム」をアップロードしてください。

【9】担当者名 **必須** (200文字まで)

【10】過誤申立書 **必須** ダウンロードした「過誤申立入力フォーム」(エクセルファイル) (最大アップロードサイズ: 10MB)
ファイルを選択してください。

①「選択」をクリック

選択

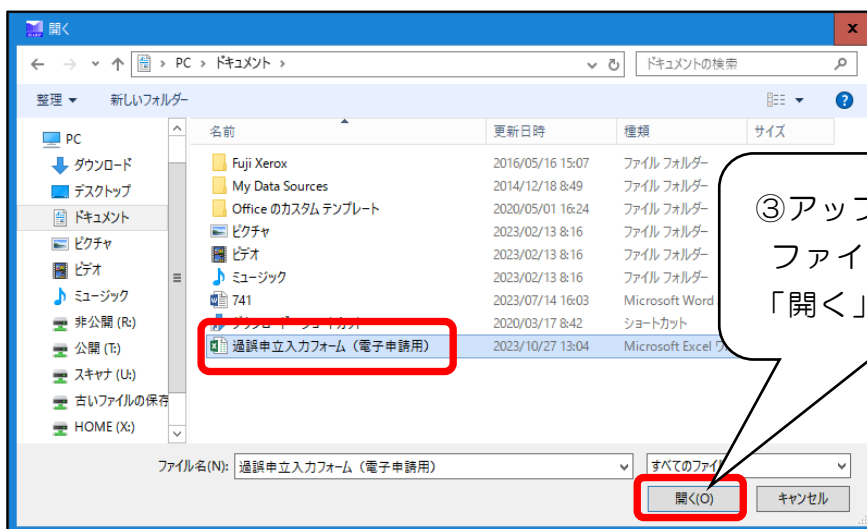
【9】担当者名 **必須** (200文字まで)

【10】過誤申立書 **必須** ダウンロードした「過誤申立入力フォーム」(エクセルファイル) (最大アップロードサイズ: 10MB)
ファイルを選択してください。

②「ファイルの選択」をクリック

選択

ファイルの選択 ファイルが選択されていません アップロード



【10】過誤申立書 **必須** ダウンロードした「過誤申立入力フォーム」(エクセルファイル) に必要事項を入力してください。
(最大アップロードサイズ: 10MB)
ファイルを選択してください。

④「アップロード」をクリック

選択

ファイルの選択 過誤申立入力...申請用).xlsx アップロード

【10】過誤申立書 **必須** ダウンロードした「過誤申立入力フォーム」(エクセルファイル) に必要事項を入力してください。
(最大アップロードサイズ: 10MB)

⑤アップロード完了

過誤申立入力フォーム (電子申請用).xlsx

⑥内容を確認し、データを送信する。

【9】担当者名 必須	(200文字まで) 岩国 花子								
【10】過誤申立書 必須	ダウンロードした「過誤申立入力フォーム」(エクセルファイル)に必要な事項を入力し、アップロードしてください。 (最大アップロードサイズ: 10MB) 過誤申立入力フォーム(電子申請用).xlsx 削除 選択								
確認									
<table><tr><th colspan="2">お問い合わせ先</th></tr><tr><td>部署名</td><td>障害者支援課</td></tr><tr><td>電話番号</td><td>0827-29-2522</td></tr><tr><td>メールアドレス</td><td>shou-shien@city.iwakuni.lg.jp</td></tr></table>		お問い合わせ先		部署名	障害者支援課	電話番号	0827-29-2522	メールアドレス	shou-shien@city.iwakuni.lg.jp
お問い合わせ先									
部署名	障害者支援課								
電話番号	0827-29-2522								
メールアドレス	shou-shien@city.iwakuni.lg.jp								

「確認」をクリック

【8】問い合わせ先電話番号	0827-29-5000
【9】担当者名	岩国 花子
【10】過誤申立書	過誤申立入力フォーム(電子申請用).xlsx
入力内容を表示	
送信	
入力し直す	

「送信」をクリック

入力し直す場合は
こちらをクリック

⑦送信完了

送信完了後に「PDF ダウンロード」をクリックすると、入力した内容が分かる申請書をダウンロードすることができます。

Microsoft Edge
p.asp.lgwan.jp/SksStaffWeb/SksSend

過誤申立依頼書(障害者介護訓練等給付費、障害児通所給付費)

送信が完了しました。

こちらから申請書のPDFをダウンロードできます

PDFダウンロード

お問い合わせ先	
部署名	障害者支援課
電話番号	0827-29-2522
メールアドレス	shou-shien@city.iwakuni.lg.jp