

(別紙様式2)

過誤調整に係る返還完了報告書

平成 年 月 日

徳島県保健福祉部長 殿

法人等所在地
事業者(法人)名
代表者職氏名

印

事業所所在地
事業所名
事業所番号

平成 年 月 日付けで指導のありました過誤調整に係る介護報酬等の返還については、次のとおり完了しましたので報告します。

1 実地指導実施日

平成 年 月 日

2 返還対象となったサービス実施期間

平成 年 月 日～平成 年 月 日

3 返還理由

4 返還額

| 件数 | 保険者返還額 | 利用者返還額 | 公費 | 返還額合計 |
|-------------|--------|--------|-------|-------|
| 件 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 返還完了 年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |

※過誤決定通知書の写し、利用者の領収書等、返還額を確認できる書類を添付してください。

担当者：
連絡先：