

介護報酬返還予定額一覧表

記入例

事業所名：居宅介護支援事業所〇〇〇

サービス種別：居宅介護支援

No.	対象者	保険者名		返還額			返還理由
				単位数	保険給付額	利用者負担額	
1	別紙の通り ※次の書類を添付してください。 ①介護給付費過誤決定通知書の写し又は保険者に提出した過誤申立書の写し ②利用者に返還を行ったことが分かるものの写し(領収書等)	町田	市 [○] 区 町・村	1,500	16,680	0	〇〇〇〇
2		相模原	市 [○] 区 町・村	200	2,140	0	〇〇〇〇
3		八王子	市 [○] 区 町・村	300	3,315	0	〇〇〇〇
			市・区 町・村				
			市・区 町・村				
			市・区 町・村				
			市・区 町・村				
			市・区 町・村				
合計				2,000	22,135	0	

様式は町田市ホームページからダウンロードしてください。
[様式のダウンロード先]
 町田市ホームページ > 医療・福祉
 > 社会福祉法人の認可・指導、福祉サービス事業者の指導
 > 指定介護サービス事業所等に対する指導等について
 > 改善状況報告書の様式ダウンロード
 > 介護報酬返還予定額一覧表

※返還額は、保険者ごとにまとめて記入してください。