年　月　日

過誤調整申出書

（あて先）甲府市長

　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

（事業所番号）

（所在地）

（事業所名）

（管理者名）

　　　　年　　月　　日に受けた（運営指導・監査）において指摘を受けた事項について、次のとおり当事業所の自立支援給付費等の請求に誤りがありましたので、別添の内訳どおり該当市町村あて返還いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 過誤請求内容 | 　 |
| 過誤請求期間 | 　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 過誤調整金内訳 | 給付費請求額 | 利用者負担額 |
| 円 | 円 |

* 過誤請求事項が複数ある場合は、事項ごとに本様式を作成してください。
* 「利用者負担額」の欄については、利用者に返還する金額を記載します。就労継続支援A型事業所で減免を行っている場合は、この欄に（　）書きで記入してください。
* 返還の方法は次のとおりお願いします。

１　今後支払われる介護報酬から過誤調整

２　該当する保険者（市町村）へ直接返納