令和　年　月　日

介護報酬過誤調整申出書

（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介護報酬の請求に誤りがありましたので、別添の内訳どおり該当保険者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 | 保険請求額 | 利用者負担額 |
| 円 | 円 |

　※「保険請求額」の欄は、保険者に返還する分の金額のみの記載とし、生活保護などの公費負担分は（　）書きで記入し区別してください。

　※「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することとし、社会福祉法人等で減免を行っている場合は、この区分欄に（　）書きで記入し、区別してください。

　※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