令和　年　月　日

介護報酬過誤調整完了報告書

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　　日に提出した介護報酬過誤調整申出書については、次のとおり過誤調整（返還）が完了しましたので、報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実地指導・監査実施日 | 年　　月　　日 | |
| 返還対象期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | |
| 返還完了年月日 | 年　　月　　日 | |
| 返還額内訳 | 保険者返還額 | 利用者返還額 |
| 円 | 円 |

※過誤決定通知書の写し、国保連合会への請求明細書、利用者返還した際の領収書の写し等返還額を確認できる書類を添付してください。

※「保険者返還額」の欄は、保険者に返還した金額のみの記載とし、生活保護などの公費負担分の返還額は（　）書きで記入し、区別してください。

※「利用者返還額」の欄は、利用者に返還した金額を記載することとし、社会福祉法人等で減免が行われた場合の返還額は、この区分欄に（　）書きで記入し、区別してください。

　※「介護報酬過誤調整申出書」と返還額が異なる場合は、差額及び理由を記載した書類を添付してください。