

令和 年 月 日

過誤申立終了報告書

(宛先) 松本市長

| | |
|--------|--|
| 事業所名 | |
| 事業所番号 | |
| サービス種別 | |
| 所在地 | |
| 管理者氏名 | |

年 月 日に報告した介護給付費の過誤申立及び、利用者への返還手続きについては、下記のとおり完了しましたので報告します。

記

1 実地指導日

年 月 日

2 過誤申立したサービス提供期間

年 月 日 ~ 年 月 日

3 返還の理由

4 返還額

保険者返還合計 円

完了年月日 令和 年 月 日

利用者返還合計 円

完了年月日 令和 年 月 日

※国保連合会からの過誤決定通知書の写し・利用者への返還がわかる写しを添付してください。