令和　　年　　月　　日

**点　検　結　果　報　告　書**

（あて先）横須賀市長

　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

令和　年　月　日の運営指導における指導事項に係る介護給付費の請求について保険者に相談して点検したところ、次のとおり誤りがありましたので報告します。

なお、当該給付費については、利用者負担分も含めて過誤調整することを申し添えます。

１　事業所名

サービスの種類

２　点検期間（保険者から指示を受けてください。）

　　年　　月　～　　　　　年　　月

３　過誤調整金額

（単位：円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 誤 請 求 額 | 正 請 求 額 | 差　引　額 |
| 保険請求分 |  |  |  |
| 公費負担分 |  |  |  |
| 利用者負担分 |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |

* 保険者に提出した内訳書を添付すること。

４　過誤調整の方法（どちらかの番号に○を付けてください。）

（１）今後支払われる介護給付費から控除されることにより返還する

（２）該当する保険者へ直接返還する

５　過誤調整完了予定日

 令和　　年　　月　　日