

↑いずれかを○で囲んでください。

過誤調整の申立書(明細)

年 月 日

(宛先) 志 摩 市 長

法人等所在地

事業者名(法人名)

代表者職氏名

事業所所在地

事業所名

指定事業所番号

年 月 日実施の志摩市の指導において、不適正な介護報酬請求について過誤調整するよう指導がありましたので、下記のとおり、介護報酬の過誤調整を申し出ます。

記

1 返還理由

2 返還額(高額介護サービス費を含まない額)

件数	保険者返還額	利用者返還額	公費	返還額合計	対象年月
	円	円	円	円	

添付書類

- ・介護報酬過誤調整内訳表(過誤調整様式2)
- ・保険者別利用者名簿(過誤調整様式3)【居宅介護支援事業所用】
- ・県の実地指導結果通知の写し

保険者受理印押印欄

事務担当:

TEL:

※保険者は本票及び添付書類の内容を確認し、受理した際は、提出用・事業者控にそれぞれ受理印を押印のうえ、事業者控を事業者に交付するものとする。