

(介護報酬返還完了報告書)

(過誤調整一様式 4)

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

(連絡先 — —)

介護報酬返還完了報告書の提出について

年 月 日付の過誤調整の申立書に係る介護報酬返還について、別添の
関係資料を添えて報告します。