

令和〇〇年〇〇月〇〇日

介護報酬返還報告書

(宛先) 松山市長 野志 克仁

法人名 株式会社〇〇

法人所在地 松山市〇〇一丁目〇番〇号

代表者職氏名 代表取締役 松山 太郎 印

先に請求した介護報酬に請求誤りがありましたので、下記のとおり各保険者及び利用者へ返還(過誤調整)することを報告します。

記

1 対象事業所

事業所名	事業所番号	サービス種類
松山〇〇事業所	1234567890	訪問介護、介護予防型訪問サービス
事業所所在地		事業所連絡先
松山市〇〇一丁目〇番〇号		089-000-0000

2 返還対象のサービス提供月

令和〇〇年〇〇月分から令和〇〇年 各保険者に返還する単位数及び金額を記入

3 保険者への返還金額

No.	保険者名	保険者番号	返還単位数	返還金額
1	松山市	382010	〇〇〇	〇〇〇〇〇
2	B市	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇	〇〇〇〇〇
3	C町	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇	〇〇〇〇〇
4	D市	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇	〇〇〇〇〇
合計	利用者へ返還する金額を記入してください。 また、返還内訳書の合計(利用者負担分および公費)と一致することを確認してください。		〇〇単位	〇〇〇〇〇〇円

4 利用者への返還金額

返還対象利用者数	返還金額合計
〇〇	〇〇〇〇〇〇円

5 返還の事由

返還事由	件数	返還金額
〇〇加算の要件を満たしていないにもかかわらず介護報酬を請求していたため	〇〇	〇〇〇〇〇〇円
□□減算適用のため	〇〇	〇〇〇〇〇円

【 記 載 例 】

返還内訳書

保険者ごとに作成してください。

保険者番号	市町村名	事業所番号	事業所名	サービス種類
382010	松山市	3800000000	〇〇事業所	

No.	年	月	被保険者番号	利用者名	要介護度	負担割合	返還前	返還後	返還	返還額（内訳）		
							単位数	単位数	単位数	保険者負担分	利用者負担分	公費（生活保護分等）
							(a)	(b)	(a-b)	返還額(円)	返還額(円)	返還額(円)
1	R4	4	〇〇〇〇〇〇	〇〇 〇〇	2	1割	1,000	900	100	900	100	0
2	R4	5	〇〇〇〇〇〇	〇〇 〇〇	2	1割	1,000	900	100	900	100	0
3	R4	6	〇〇〇〇〇〇	〇〇 〇〇	2	1割	1,000	900	100	900	100	0
4	R4	4	□□□□□□	□□ □□	支援1	1割	500	450	50	450	50	0
5	R4	5	□□□□□□	□□ □□	支援1	1割	500	450	50	450	50	0
6	R4	6	□□□□□□	□□ □□	支援1	1割	500	450	50	450	50	0
7	R4	4	△△△△△△	△△ △△	4	2割	1,000	900	100	800	200	0
8	R4	5	△△△△△△	△△ △△	4	2割	1,000	900	100	800	200	0
9	R4	6	△△△△△△	△△ △△	4	2割	1,000	900	100	800	200	0
10	R4	4	●●●●●●	●● ●●	3	生保	1,000	900	100	0	0	1,000
11	R4	5	●●●●●●	●● ●●	3	生保	1,000	900	100	0	0	1,000
12	R4	6	●●●●●●	●● ●●	3	生保	1,000	900	100	0	0	1,000
13									0			
14									0			
15									0			
計							10,500	9,450	1,050	6,450	1,050	3,000
											返還額合計（円）	10,500

利用者ごとに記入してください。
欄が不足する場合は、適宜追加して記入してください。

※色付きセルの部分には自動計算式が入っています。手入力を行わないでください。
 ※返還額合計が返還報告書の返還金額と一致することを確認してください。
 ※欄が不足する場合は、適宜行を追加して記載してください。

【記載例】

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 松山市長 野志 克仁

各保険者への自主返還が全て完了した後に、松山市指導監査課に報告してください。

法人名 株式会社〇〇
法人所在地 松山市〇〇一丁目〇番〇号
代表者職氏名 代表取締役 松山 太郎 印

介護報酬返還の結果について（報告）

下記のとおり返還の結果を報告します。

記

1 対象事業所

事業所名	松山〇〇事業所		
事業所番号	1234567890	サービス種類	訪問介護、介護予防型訪問サービス
事業所所在地	松山市〇〇一丁目〇番〇号	事業所連絡先	089-000-0000

2 保険者への返還金額

No.	保険者名	保険者番号	返還額	返還方法 (どちらかに丸をつける)	返還終了年月日	備考
1	松山市	382010	〇〇〇〇〇	一括・分割	令和〇年〇月〇日	
2	B市	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	一括・分割	令和〇年〇月〇日	
3	C町	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	一括・分割	令和〇年〇月〇日	
4	D市	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	一括・分割	令和〇年〇月〇日	
合計			〇〇〇〇〇〇円			

3 利用者への返還金額

返還対象利用者数	返還金額合計
〇〇	〇〇〇〇〇〇円

4 返還を行えていない利用者の氏名、未返還額及びその理由

No.	利用者氏名	未返還額	未返還の理由
1	〇〇 三郎	〇〇〇〇	本人死亡、相続人がいないため
2			
3			
合計		〇〇〇〇円	

※介護給付費の返還を証する書類、利用者負担の返還を証する書類を添付してください。