

# 記載例

事業者で文書番号を設定している場合は、番号の項目に事業者が発出する文書番号を御記入ください。(設定しない場合は空欄としてください。)  
日付は発出日を御記入ください。

様式第6号

番号 ○○会第▲号  
令和●年■月▲日

(あて先) 浜松市長

名 称 社会福祉法人○○会  
代表者氏名 理事長 ◎◎ ◎◎  
(署名又は記名押印をしてください。)

## 介護給付費の返還について

令和●年●月●日付け○○会第■号により報告した介護給付費等の返還について、下記のとおり完了したので報告します。

是正・改善報告書(様式第5号)に記入した日付及び文書番号を御記入ください。  
文書番号を設定していない場合は日付のみ御記入ください。

記

## 介護給付費等返還額

返還事由	返還対象期間	保険者(市町村)名	介護給付費				利用者への返還額
			請求書の件数	既請求額 A	訂正後の請求額 B	返還額 A - B	
請求誤りのため	令和●●年●月～令和●●年■月	浜松市	2	AA, AAA	BB, BBB	C, CCC	DDD
	年 月～年 月						
	年 月～年 月						

※ 他の保険者についても該当する場合は、記載すること。

国保連に請求済の金額(今回取下げの金額)を御記載ください。

訂正後に再請求する金額を御記載ください。

徴収した自己負担額のうち、利用者へ返還する金額を御記入ください。

返還完了報告書を御提出いただく際は、返還が完了したことを確認できる書類(※)を添付してください。  
(※)国保連が発行する「介護給付費過誤決定通知書」等