

番号

令和 年 月 日

(あて先) 浜松市長

名 称

代表者氏名

(署名又は記名押印をしてください。)

令和 年度 運営 (書面) 指導結果に係る是正・改善報告等について

令和 年 月 日付け浜健介第 号により通知のあったこのことについて、下記のとおり報告します。

記

(サービスの種類)

(事業所名)

1 是正・改善報告

是正・改善を要する事項	是正・改善の具体的方策	是正・改善実施 (予定) 時期
		令和 年 月 日

※改善した内容が確認できる書類を添付すること

2 介護給付費等返還計画 (返還がない場合は作成不要)

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 要返還額
			請求書 の件数	既請求額 A	訂正後の 請求額 B	要返還額 A - B	
	年 月～ 年 月						
	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。