（様式１）

令和　年　月　日

介護報酬過誤調整申出書

山梨県知事　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　 　　 印

|  |
| --- |
| （　事業所番号　）（　所　　在　　地　）（　事　業　所　名　）（　管　理　者　名　） |

　令和　年　月　日に受けた（運営指導）において指摘を受けた事項について、次のとおり当事業所の介護報酬の請求に誤りがありましたので、別添の内訳どおり該当保険者あて返還いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 過誤請求内容 |  |
| 過誤請求期間 | 令和　　年　　月　　日～ 令和　　年　　月　　日 |
| 内訳区分 | 保険請求額 | 利用者負担額 |
| 介護費 | 円 |  円 |
| 加算（名称） | 円 | 円 |
| 緊急時施設療養費等 | 円 | 円 |
| 特定診療費 | 円 | 円 |
| **合　　　計** | **円** | **円** |

　　　[注]　過誤請求事項が複数ある場合は、事項ごとに本様式を作成すること。

なお、返還方法は次のとおりお願いします。

 　　 １ 今後支払われる介護報酬から過誤調整

~~２ 該当する保険者（市町村）へ直接返納~~

《記載例》

（様式１）

令和　年　月　日

介護報酬過誤調整申出書

山梨県知事　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　（株）山梨

　　　　　　　　　　　　　　代表取締役　山梨　太郎　　　　　　印

事業所番号：１９ＸＸＸＸＸＸＸＸ

所　在　地：甲府市丸の内○丁目○番○号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 所 名：山梨介護事業所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管 理 者 名：甲斐 太郎

（管理

　令和　　年　　月　　日に受けた（運営指導・監査）において指摘を受けた事項について、次のとおり当事業所の介護報酬の請求に誤りがありましたので、別添の内訳どおり該当保険者あて返還いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 過誤請求内容 |  |
| 過誤請求期間 | 令和　　年　　月　　日～ 令和　　年　　月　　日 |
| 内訳区分 | 保険請求額 | 利用者負担額 |
| 介護費 | 円 |  円 |
| 加算（名称） | 円 | 円 |
| 緊急時施設療養費等 | 円 | 円 |
| 特定診療費 | 円 | 円 |
| **合　　　計** | **円** | **円** |

　　　[注]　過誤請求事項が複数ある場合は、事項ごとに本様式を作成すること。

なお、返還方法は次のとおりお願いします。

 　　 １ 今後支払われる介護報酬から過誤調整

~~２ 該当する保険者（市町村）へ直接返納~~