令和　　　年　　　月　　　日

過誤申立終了報告書

（宛先）長野市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名

　　年　　　月　　　日に報告した介護給付費の過誤申立及び、利用者への返還手続きについては、下記のとおり完了しましたので報告します。

記

１　実地指導日

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

２　過誤申立したサービス提供期間

　　　　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　　年　　　　月　　　　日

３　返還の理由

４　返還額

　　保険者返還合計　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　完了年月日　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

　　利用者返還合計　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　完了年月日　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

※国保連合会からの過誤決定通知書の写し・利用者への返還がわかる写しを添付してください。