

介護報酬返還等報告書

柏市長 あて

法人名 株式会社○○
法人所在地 柏市柏5-10-1
代表者職氏名 代表取締役 柏 太郎 ㊞

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
柏○○事業所	1234567890	訪問介護
事業所所在地	事業所連絡先	
柏市柏5-10-1	04-0000-0000	

2 返還対象のサービス提供月

平成29年1月分から平成29年

各保険者に返還する単位数及び金額を記入してください。（利用者への返還分は含めない。）
また、様式1-2の合計（保険者負担分）と一致することを確認してください。

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	柏市	122176	○○○	○○○○○
2	B市	○○○○○○	○○○	○○○○○
3	C区	○○○○○○	○○○	○○○○○
4	D町	○○○○○○	○○○	○○○○○
5	利用者に返還する金額を記入してください。 また、様式1-2の合計（利用者負担分）と一致することを確認してください。			
合計			○○○○○単位	○○○○○○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
○○	○○○○○○円

5 返還の事由

返還事由	件数	返還金額
○○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	○○	○○○○○○円
□□減算適用のため	○○	○○○○○○円

【 記 載 例 】

様式1-2

保険者ごとに作成してください

返還内訳書

保険者番号	市町村名	事業所番号	事業所名	サービス種類
柏市	122176	1234567890	柏〇〇事業所	訪問介護

No.	年	月	被保険者番号	利用者名	要介護度	返還前	返還後	返還	(内 訳)			
						単位数	単位数	単位数	利用者負担分		保険者負担分	
						(a)	(b)	(a-b)	返還単位数	返還額	返還単位数	返還額
1	29	1	0000011111	〇〇 一郎	2	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇〇〇	〇〇	〇〇〇〇
2	29	2	0000011111	〇〇 一郎	2	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇〇〇	〇〇	〇〇〇〇
3	29	3	0000011111	〇〇 一郎	2	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇〇〇	〇〇	〇〇〇〇
4	29	1	0000222222	□□ 花子	3	□□	□□	□□	□□	□□□□	□□	□□□□
5	29	2	0000222222	□□ 花子	3	□□	□□	□□	□□	□□□□	□□	□□□□
6	29	3	0000222222	□□ 花子	3	□□	□□	□□	□□	□□□□	□□	□□□□
7	29	1	0000033333	△△ 次郎	1	△△	△△	△△	△△	△△△△	△△	△△△△
8	29	2	0000033333	△△ 次郎	1	△△	△△	△△	△△	△△△△	△△	△△△△
9	29	3	0000033333	△△ 次郎	1	△△	△△	△△	△△	△△△△	△△	△△△△
10												
11	利用者ごとに記入してください。											
12	欄が不足する場合は、適宜追加して											
13	記入してください。											
14												
15												
計						◇◇◇	◇◇◇	◇◇◇	◇◇◇	◇◇◇◇	◇◇◇	◇◇◇◇

様式1-1の金額と一致
することを確認してくだ
さい。

様式1-1の単位数及
び金額と一致すること
を確認してください。

【 記 載 例 】

様式 2

〇年〇〇月〇〇日

柏市長 あて

各保険者への自主返還が全て完了した後に、柏市法人指導課に報告してください。

法人名

株式会社〇〇

法人所在地

柏市柏5-10-1

代表者職氏名

代表取締役 柏 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	柏〇〇事業所
事業所番号	1234567890
サービス種類	訪問介護
事業所所在地	柏市柏5-10-1

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	柏市	122176	〇〇〇〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 一括・分割	平成29年〇月〇日	
2	B市	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 一括・分割	平成29年〇月〇日	
3	C区	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 一括・分割	平成29年〇月〇日	
4	D町	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 一括・分割	平成29年〇月〇日	
5				<input type="radio"/> 一括・分割		
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	×× 三郎	〇〇〇〇	本人死亡、相続人連絡先不明のため
2			
3			
合 計		〇〇〇〇円	