

記載例

介護給付費等返還額内訳表 (居宅介護)

施設・事業所名 ●●●居宅介護事業所
 担当者職・氏名 管理者 □□ □□
 連絡先 ×××-×××-××××

(単位:円)

市町村名	受給者番号	受給者名	サービス提供年月	既請求額(取下げ額)				再請求額				差引返還額			
				給付費請求額	利用者負担額	自治体助成分請求額	計	給付費請求額	利用者負担額	自治体助成分請求額	計	給付費請求額	利用者負担額	自治体助成分請求額	計
〇〇〇市	*****	新潟 太郎	平成22年5月～10月 平成23年1月、4月～7月	1,125,000	125,000		1,250,000	1,035,000	115,000		1,150,000	90,000	10,000	0	100,000
		中央 花子	平成22年4月～6月 平成23年3月	378,000	42,000		420,000	360,000	40,000		400,000	18,000	2,000	0	20,000
小計				1,503,000	167,000		1,670,000	1,395,000	155,000		1,550,000	108,000	12,000	0	120,000
〇〇〇町		江南 愛子	平成22年10月・11月 平成23年4月～6月	603,000	67,000		670,000	540,000	60,000		600,000	63,000	7,000	0	70,000
		西蒲 昭夫	平成23年3～6月	490,500	54,500		545,000	423,000	47,000		470,000	67,500	7,500	0	75,000
小計				1,093,500	121,500		1,215,000	963,000	107,000		1,070,000	130,500	14,500	0	145,000
合計				2,596,500	288,500		2,885,000	2,358,000	262,000		2,620,000	238,500	26,500	0	265,000

※ 市町村別、受給者別に記載し、サービス提供年月は、まとめて〇年〇月～〇年〇月と記載してください。

過誤処理の事務手続きについて

- 1 実地指導での指摘事項の内容について点検してください。その結果をこの「介護給付費等返還額内訳表」へ市町村別に記載してください。
- 2 改善結果報告書を市(福祉監査課)に提出する際には、市町村に提出した**過誤申立書の写し**とこの**介護給付費等返還額内訳表**を添付してください。
- 3 過誤調整が完了したことを確認するため、その後、国保連から送付される**介護給付費等過誤決定通知書(支払額の調整後のもの)の写し**を提出してください。