



記載例

介護給付費等返還額内訳表 (

計画相談支援 )

施設・事業所名 ●●●計画相談事業所  
 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			1,125,000	1,035,000			1,035,000	90,000	0	0	90,000
		中央 花子	平成22年4月～6月 平成23年3月	378,000			378,000	360,000			360,000	18,000	0	0	18,000
小計				1,503,000			1,503,000	1,395,000			1,395,000	108,000	0	0	108,000
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			603,000	540,000			540,000	63,000	0	0	63,000
		西蒲 昭夫	平成23年3～6月	490,500			490,500	423,000			423,000	67,500	0	0	67,500
小計				1,093,500			1,093,500	963,000			963,000	130,500	0	0	130,500
合計				2,596,500			2,596,500	2,358,000			2,358,000	238,500			238,500

※ 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。