事業所（施設）名 ：　　　　　　　　　　　 　 サービス名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 返還の対象となる保険者（市町村）名 | 自主点検により算出した返還額 | 返還終了予定月 |
| Ａ市Ｂ市Ｃ町Ｄ町Ｅ町必ず保険者（市町村）ごとに記載してください。 | ３００，０００円５０，０００円１５０，０００円１００，０００円３０，０００円保険者（市町村）への返還額（利用者への返還額は含めない。）を記載してください。改善結果報告書提出時点で保険者（市町村）への返還額が算出できない場合は、利用者への返還額を含めた全額を記載しても構いませんが、その場合、必ず「利用者への返還額を含む」と記載してください。 | ○○年○○月○○日○○年○○月○○日○○年○○月○○日○○年○○月○○日○○年○○月○○日 |

※当該様式にて報告された情報について、返還の対象となる保険者（市町村）に情報提供致します。

※「自主点検により算出した返還額」については、改善結果報告書提出時点で確定できない場合、概数を記載してください。