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 |
|  |  |  |

※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。