様式第６号

令和　　年　　月　　日

下田市長

名　　　称

代表者氏名

（署名又は記名押印をしてください。）

介護給付費の返還について

令和　　年　　月　　日付け第　　　号により報告した介護給付費等の返還について、下記のとおり完了したので報告します。

記

（サービスの種類）　　　　　　　　　　　　　　（事業所名）

介護給付費等返還額

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 返還事由 | 返還対象  期間 | 保険者  (市町村)  名 | 介護給付費 | | | | 利用者への  返還額 |
| 請求書  の件数 | 既請求額  Ａ | 訂正後の  請求額  Ｂ | 返還額  Ａ－Ｂ |
|  | 年　月～  　年　月 |  |  |  |  |  |  |
|  | 年　月～  　年　月 |  |  |  |  |  |  |
|  | 年　月～  　年　月 |  |  |  |  |  |  |

　　※　他の保険者についても該当する場合は、記載すること。