

記載例

様式第5号

事業者で文書番号を設定している場合は、番号の項目に事業者が発出する文書番号を御記入ください。
(設定しない場合は空欄としてください。)
日付は発出日を御記入ください。

番号 ○○会第■号
令和●年●月●日

(あて先) 浜松市長

名 称 社会福祉法人○○会
代表者氏名 理事長 ◎◎ ◎◎
(署名又は記名押印をしてください。)

令和●年度 運営（書面）指導結果に係る是正・改善報告等について

令和●年○月○日付け浜健介第○○号により通知のあったこのことについて、下記のとおり報告します。

「運営指導の実施結果について（通知）」に記載の指摘事項の内容を御記入ください。
(※記載内容は例です。)

市から送付された「運営指導の実施結果について（通知）」に記載の日付及び文書番号を御記入ください。

記

是正・改善実施時期を御記入ください。

1 是正・改善報告

是正・改善を要する事項	是正・改善の具体的方策	是正・改善実施（予定）時期
<ul style="list-style-type: none">機能訓練指導員が配置されていない。利用者の都合により時間を短縮して3時間未満のサービス提供になった事例について、2時間以上3時間未満の報酬を請求していた。	<ul style="list-style-type: none">理学療法士1名を新たに雇用した。（別紙「勤務形態一覧表」のとおり）当該請求について、報酬を返還する。	令和●年●月●日 令和●年■月■日

改善内容を具体的に記載の上、必要に応じて改善内容が確認できる書類を添付してください。なお、報酬返還が生じる場合は、「介護給付費請求取り下げ申立書」の写しを添付してください。

※改善した内容が確認できる書類を添付すること

2 介護給付費等返還計画（返還がない場合は作成不要）

返還事由	返還対象期間	保険者（市町村）名	介護給付費				利用者への要返還額
			請求書の件数	既請求額 A	訂正後の請求額 B	要返還額 A - B	
請求誤りのため	令和●●年●●月～令和●●年■月	浜松市	2	AA, AAA	BB, BBB	C, CCC	DDD
	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。

国保連に請求済の金額（今回取下げの金額）を御記入ください。

訂正後に再請求する金額を御記入ください。

徴収した自己負担額のうち、利用者に返還する金額を御記入ください。