

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。