

年 月 日

下田市長 様

名 称
 代表者名
 (署名又は記名押印をしてください。)

令和 年度 運営指導結果に係る是正・改善計画等について

令和 年 月 日付け(下市介第 号-運営指導の実施結果について)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。

記

1 是正・改善計画

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
		年 月 日
	※ 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	
	年 月～ 年 月						
	年 月～ 年 月						
	年 月～ 年 月						

※ 運営指導日 令和 年 月 日