様式第１０号（第１２条関係）

年　　月　　日

淡路市長　　　　　様

所 　在　 地

法人名

　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　印

事業所所在地

事業所名称

サービス種類

介護給付費返還完了報告書

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

記

介護給付費返還額

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 返還事由 | 返還対象  期　　間 | 保険者名 | 介護給付費 | | | | 要介護者等への返還額 |
| 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 |  |  |  |  |  |  |