（報告様式）

令和　　年　　月　　日

広島市健康福祉局高齢福祉部介護保険課

事業者指導・指定担当課長

所 在 地

法 人 名

代 表 者

令和　　年　　月　　日の運営指導の結果に係る改善について（報告）

標記の運営指導に係る結果を踏まえ、別紙１のとおり改善したので報告します。

また、令和　　年　　月又は、事業開始時(※)以降の全利用者のサービス提供（時効消滅分を除く。）について、介護給付費の算定を自主点検した結果、返還金額の合計は、　　　　　　　　　　円であり、その内訳は自主点検結果内訳書（別紙２）のとおりです。

なお、速やかに介護給付費の返還に係る過誤調整の手続きを行い、過誤調整手続きの完了後、文書により報告します。

（※）「平成・令和　　年　　月」、「事業開始時」のいずれかを、二重線で消してください。

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　℡

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　℡

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　℡

（注）複数の事業所について報告を行う場合は、それぞれ担当者名等を記入してください。