（別紙３）

（過誤調整が完了してから提出してください）

令和　　年　　月　　日

**過誤調整完了報告書**

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　　日付けで報告した、自主点検結果に係る介護給付費の返還について、　　　　　　　　　　円（公費負担分のみ）の過誤調整の手続きが完了しましたので、関係資料（注１）を添えて報告します。

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２）

(注１)　関係資料として、「介護給付費過誤決定通知書」、「介護給付費等支払決定額内訳書」等を添付してください。

(注２)　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。