様式４

　第　　　号

　年　月　日

静岡県健康福祉部福祉指導課長　様

サービス事業者名等

代表者名　印

令和　年度障害福祉サービス事業者等の実地指導結果に

　　　　　　　係る是正・改善計画について（事業所名　　　　　　　）

　令和　　年　月　日付け福指第　号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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
|  | ※改善した内容が確認できる書類を添付すること。 |  |

担　当　○○○○

電　話　○○○○

様式５

番　　　　　　　号

年　　　月　　　日

静岡県健康福祉部福祉長寿局福祉指導課長　様

サービス事業者名等

代表者名　印

令和　年度実地指導結果に基づく介護給付費等返還計画について

（事業所名　　　　　　　）

　令和　年　月　日付け福指第　　　号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。

１　介護給付費等返還計画

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 返還事由 | 返還対象  期間 | 支給決定を行った市町村名 | 介護給付費等 | | | | 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 |  |  |  |  |  |  |

２　実地指導日　　令和　　年　　月　　日

様式６

番　　　　　　　号

年　　　月　　　日

静岡県健康福祉部福祉長寿局福祉指導課長　様

サービス事業者等名

代表者名　印

介護給付費等の返還について

（事業所名　　　　　　　）

　令和　　年　　月　　日付け（文書番号）により報告した介護給付費等の返還計画について、下記のとおり完了したので報告します。

記

１　介護給付費等返還結果

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 返還事由 | 返還対象  期間 | 支給決定を行った  市町村名 | 介護給付費等 | | | | 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 |  |  |  |  |  |  |