

介護報酬返還予定額一覧

保険者名	調布市	事業所名	〇〇調布通所介護事業所	サービス種別	(介護予防)通所介護
		事業所番号	〇〇〇〇〇〇		

NO	サービス提供月	利用者名	誤							正							返還額						
			サービス	単位数	回数	合計単位数	費用額	保険給付額	利用者負担額	公費負担額	サービス	単位数	回数	合計単位数	費用額	保険給付額	利用者負担額	公費負担額	費用額	保険給付額	利用者負担額	公費負担額	返還理由
1	H28.3	●●●●	通所介護 I 33	1,006	4	4,024					通所介護 I 33	1,006	4	4,024									
2			通所介護 I 33-延3	1,156	1	1,156																	
3			通所介護入浴介助加算	50	4	200					通所介護入浴介助加算	50	4	200									
4			通所介護同一建物減算	-94	1	-94					通所介護同一建物減算	-94	1	-94									
5			通所介護処遇改善加算 I	211	1	211					通所介護処遇改善加算 I	173	1	173									
6			合計			5,497	58,707	52,836	5,871	0	合計			4,303	45,956	41,360	4,596	0	12,751	11,476	1,275	0	延長加算の算定誤り
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
合計(小計)																							

【記入例の説明】
 利用者名：●●●●
 【延長加算の算定誤り】により平成28年3月分の延長加算を返還する場合（自己負担額1割にて計算）。

※保険者ごとに作成すること

サービス種別：居宅介護支援以外に使用