

介護報酬返還完了報告書

年 月 日

調 布 市 長 あて

事業者名

(代表者氏名)

印

介護報酬返還完了報告書の提出について

年 月 日付 調福介発第 号により通知のあった実地指導
結果通知書の介護報酬返還について、別添の関係書類を添えて報告しま
す。