

(宛先)前橋市長
(指導監査課)

記入例

様式第1号(第9条関係)
令和7年8月1日

事業所番号 10XXXXXXXX
事業所所在地 群馬県前橋市XX町XXXX番地X
事業所名称 デイサービス〇〇
事業所電話番号 027-XXX-XXXX
法人名・代表者氏名 株式会社〇〇 代表取締役 前橋 太郎

自主点検結果報告書

令和7年6月1日に受けた運営指導において指摘のあった事項に係る自主点検の結果、次のとおり介護給付費等に返還が生じたので報告します。

1 返還事由

運営指導で返還指導を受けた事由を記入

運営指導において、〇〇加算について、△△計画を作成し、利用者の同意を得るべきところ、△△計画を作成していない利用者に対し、〇〇加算を誤って請求していた事例が確認されたため。

自主点検を行った全期間（返還がない月を含む）を記入

2 自主点検実施期間 令和 2年 6月 から 令和 7年 5月まで

3 保険者・所轄福祉事務所別返還内訳

No.	保険者番号	保険者又は所轄福祉事務所	返還予定額 (利用者返還予定額及び公費を含む総額)	件数
1	102012	前橋市	4,989	4
2	12101010	前橋市福祉事務所	10,099	2
3	102020	高崎市	9,978	8
4	112029	埼玉県熊谷市	1,398	1
5	131128	東京都世田谷区	1,398	1
6	131235	東京都江戸川区	2,799	1
7				
8		保険者・所轄福祉事務所ごとに内訳を記入	様式第2号・第2号の2に記載した 金額・件数を転記	
9				
10				
合 計			30,661円	17件

※内訳は別添(様式第2号・様式第2号の2)のとおり

《確認事項》

1 本書の提出だけでは、介護報酬の返還はできません。

本市に本書を提出後、速やかに各保険者に対し過誤申立手続きを行ってください。

(本書の受理を提出者に対しお知らせする通知は行いませんので、速やかに過誤申立手続きをお願いします)

2 本書及び別添資料に記載の内容について、本市から各保険者に情報提供を行います。

3 全ての返還手続きが完了したら、自主点検による返還完了報告書(様式第4号)により本市に報告してください。

記入例

保 険 者 別 返 還 内 訳

保険者番号	102012	事業所番号	10XXXXXXXX		
保険者名	前橋市	サービス種類	通所介護		
※本表は、保険者ごとに別頁とすること		事業所名	デイサービス〇〇		
※本表記載内容について、前橋市から保険者へ情報提供します		電話番号	027-XXX-XXXX	記入者	山田

担当者名及び連絡の取れる電話番号を記入

No.	被保険者 番号	フリガナ 被保険者氏名	サービス 提供		介護給付費				
			年	月		単位数	金額(円)		
							保険者	公費	利用者
1	0001234567	ゲンマ タロウ	R7	3	既請求	1,528	13,943		1,550
		群馬 太郎			再請求	1,456	13,286		1,477
					差額(返還分)	72	657		73
2	0001234567	ゲンマ タロウ	R7	4	既請求	1,528	13,943		1,550
		群馬 太郎			再請求	1,456	13,286		1,477
					差額(返還分)	72	657		73
3	0001234567	ゲンマ タロウ	R7	5	既請求	1,528	13,943		1,550
		群馬 太郎			再請求	1,456	13,286		1,477
					差額(返還分)	72	657		73
4	0007654321	ハルナ ハナコ	R6	12	既請求	5,940	54,207		6,024
		榛名 花子			再請求	5,664	51,688		5,744
					差額(返還分)	276	2,519		280
5					既請求				
6					再請求				
7					差額(返還分)				
8									
9									
10					既請求				
					再請求				
					差額(返還分)				
合計(本頁のみ)			件数	既請求	10,524	96,036		10,674	
			4	再請求	10,032	91,546		10,175	
				差額(返還分)	492	4,490		499	
				返還額合計		4,989円			

- ・ 保険者ごとに別頁にします。
- ・ 被保険者ごとに、サービス提供月順に記入します。
- ・ サービス提供月ごとに、既請求（誤って請求してしまった加算等を含むレセプト全体）の単位数・金額、再請求予定（誤り部分を除いた正しい請求内容）の単位数・金額を記入します。
- ・ 既請求及び再請求予定の単位数等を記入される際は、介護職員等処遇改善加算等の変動にご注意ください。
- ・ 差額（返還分）及び頁ごとの合計欄は自動で表示されますので、表示された内容についてご確認ください。

注1 40歳以上65歳未満の生活保護受給者で医療保険に加入していない方(被保険者番号が「H」から始まる番号の方)については、本書を使用せず、様式第2号の2を使用してください。

注2 単位数等を記入するときは、介護職員等処遇改善加算等の変動に注意してください。

記入例

所 轄 福 祉 事 務 所 別 返 還 内 訳

所轄する 福祉事務所名	前橋市 福祉事務所
----------------	--------------

※本表は、所轄福祉事務所ごとに別頁とすること
 ※本表記載内容について、前橋市から所轄
 福祉事務所へ情報提供します

事業所番号	10XXXXXXXX
サービス種類	通所介護
事業所名	デイサービス〇〇
電話番号	027-XXX-XXXX
記入者	山田

No.	Hから始まる 被保険者番号	フリガナ 介護扶助受給者氏名	サービス 提供		介護扶助費			
			年	月		単位数	金額(円)	
							公費	本人負担
1	H001234567	ミヨウギ ジロウ	R7	4	既請求	8,816	89,394	0
		妙義 次郎			再請求	8,400	85,176	0
					差額(返還分)	416	4,218	0
2	H987654321	アカギ ナツコ	R7	5	既請求	12,160	123,302	0
		赤城 夏子			再請求	11,580	117,421	0
					差額(返還分)	580	5,881	0
3	H				既請求			
4	H				差額(返還分)			
5	H							
6	H							
7	H							
8	H							
9	H							
10	H				既請求			
					再請求			
					差額(返還分)			
合計(本頁のみ)			件数	既請求	20,976	212,696	0	
			2	再請求	19,980	202,597	0	
				差額(返還分)	996	10,099	0	
				返還額合計		10,099円		

・被保険者番号が「H」から始まる番号の方(40歳以上65歳未満の生活保護受給者
 で医療保険に加入していない方)のみ、本書に記入

- ・福祉事務所ごとに、別頁にします。
- ・介護扶助受給者ごとに、サービス提供月順に記入します。
- ・サービス提供月ごとに、既請求(誤って請求してしまった加算等を含むレセプト全体)の単位数・金額、再請求予定(誤り部分を除いた正しい請求内容)の単位数・金額を記入します。
- ・既請求及び再請求予定の単位数等を記入される際は、介護職員等処遇改善加算等の変動にご注意ください。
- ・差額(返還分)及び頁ごとの合計欄は自動で表示されますので、表示された内容についてご確認ください。

注1 40歳以上65歳未満の生活保護受給者で医療保険に加入していない方(被保険者番号が「H」から始まる番号の方)のみ、本書に記載してください。

注2 単位数等を記入するときは、介護職員等処遇改善加算等の変動に注意してください。

(宛先)前橋市長
(指導監査課)

記入例

様式第4号(第9条関係)

令和7年12月10日

事業所番号 10XXXXXXXX
事業所所在地 群馬県前橋市XX町XXXX番地X
事業所名称 デイサービス〇〇
事業所電話番号 027-XXX-XXXX
法人名・代表者氏名 株式会社〇〇 代表取締役 前橋 太郎

自主点検による返還完了報告書

令和7年6月1日に受けた運営指導において指摘のあった事項に係る自主点検の結果、次のとおり介護給付費等の返還が完了しましたので報告します。

1 返還総額 30,661 円

自主点検を行った全期間（返還がない月を含む）を記入（様式第1号と同じ）

2 自主点検実施期間 令和 2年 6月 から 令和 7年 5月まで

3 保険者・所轄福祉事務所別返還内訳

No.	保険者番号	保険者又は所轄福祉事務所	返還額 (利用者返還額及び公費を含む総額)	件数
1	102012	前橋市	4,989	4
2	12101010	前橋市福祉事務所	10,099	2
3	102020	高崎市	9,978	8
4	112029	埼玉県熊谷市	1,398	1
5	131128	東京都世田谷区	1,398	1
6	131235	東京都江戸川区	2,799	1
7				
8				
9				
10				
合 計			30,661円	17件

返還額（確定額）を記入

・端数処理の都合等で、提出済の様式第1号と金額に相違が生じる場合があります。

4 添付書類

- ①「介護給付費過誤決定通知書」の写し
- ②再請求に対する「介護給付費支払決定額通知書」の写し
- ③再請求に対する「介護給付費支払決定額内訳書」の写し
- ④利用者負担分返還の確認できる書類の写し