

令和2年7月1日

(宛先)前橋市長
(指導監査課)

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2年4月15日に受けた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

実地指導で返還指示を受けた事由を簡潔に記入

実地指導において、通所介護計画上の所要時間よりも実際のサービス提供時間が大きく短縮したにもかかわらず、実際の提供時間に応じた単位数を算定していない事例が確認されたため。

自主点検を行った全期間を記入（返還がない月も含む）

2 自主点検実施期間 平成30年 4月 から 令和 2年 3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	-	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する	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			30661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。

保 険 者 別 返 還 内 訳

保険者番号	102012
保険者名	前橋市

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

※本表は、保険者ごとに別頁とすること

※本表記載内容について、前橋市から保険者へ情報提供します

担当者名及び連絡の取れる電話番号を記入する

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	グンマ タロウ	R1	6	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	グンマ タロウ	R1	10	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	グンマ タロウ	R2	2	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	R1	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								
6					再請求			
					差額(返還分)			
7					既請求			
					再請求			
					差額(返還分)			
8					既請求			
					再請求			
					差額(返還分)			
9					既請求			
					再請求			
					差額(返還分)			
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	

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(等特定)処遇改善加算の変動に注意してください。

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
----------------	--------------

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

※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

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)		本人負担
				既請求			公費	
1	H001234567	ミウギ ジロウ	R1	11	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	R2	1	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							
4	H							
5	H				既請求			
					再請求			
					差額(返還分)			
6	H				既請求			
					再請求			
					差額(返還分)			
7	H				既請求			
					再請求			
					差額(返還分)			
8	H				既請求			
					再請求			
					差額(返還分)			
9	H				既請求			
					再請求			
					差額(返還分)			
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	

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(等特定)処遇改善加算の変動に注意してください。

令和2年9月1日

(宛先)前橋市長
(指導監査課)

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2年4月15日に受けた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を記入（返還がない月も含む。様式第1号と同じ）

2 自主点検実施期間 平成30年 4月 から 令和 2年 3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	-	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			30661円	17件

返還額（確定額）を記入する

※加算等の端数処理や計算誤りが原因で、様式第1号と金額が異なる場合がある

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