

様式第4号

介護給付費返還同意書

八幡浜市長 様

年 月 日

介護保険事業者番号

事業者名

所在地

代表者名

年 月 日に受けた実地指導において指摘のあった事項にかかる介護給付費等の返還額は次のとおりであり、かかる返還金については、今後支払われる介護給付費から控除されることや直接保険者に支払う等により返還することに同意します。

記

1 返還となった介護給付費

年 月 日から 月 日に実施したサービス  
円

2 内訳

(単位:円)