令和　　年　　月　　日

東京都福祉保健局指導監査部長　殿

事業所名

開設者名

**介護報酬返還完了報告書**

令和　　年　　月　　日付　　福保指三第　　　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、別添様式１から様式３（返還確定額を記入）により報告します。