令和　　年　　月　　日

東京都福祉保健局長　殿

 （事業所名）

 （開設者名）

**改 善 状 況 報 告 書**

　令和　　年　月　　日付　　福保指三第　　　　号により通知のあった改善を要する事項について、下記のとおり報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 改善を要する事項 | 改　　善　　状　　況 |
|  |  |

※１　改善状況を確認できる資料を添付すること。

※２　介護報酬の返還が生じる場合には、様式１から様式３（返還予定額を記入）により報告すること。