

介護報酬返還 予定額 一覧（記入例）

事業種別：

保険者名(保険者ごとに作成)：

事業所名：

No.	サービス提供月	利用者	誤								正								返還額				返還理由
			サービス内容	単位数	回数	合計単位数	費用額	保険給付額	利用者負担額	公費負担額	サービス内容	単位数	回数	合計単位数	費用額	保険給付額	利用者負担額	公費負担額	費用額	保険給付額	利用者負担額	公費負担額	
1	R7年4月	東京 ○子	身体1生活3	439	1	439					身体1生活3	439	1	439									
			身体2生活2	517	3	1,551					身体1生活2	374	3	1,122									給付対象外サービスの提供
			処遇改善加算 I			488					処遇改善加算 I			382									
						2,478	28,249	25,424	2,825					1,943	22,150	19,935	2,215		6,099	5,489	610		
2	R7年5月	東京 ○子	変更のないサービスの合計			13,920					変更のないサービスの合計			13,920									
			生活2	179	3	537					生活2	179	0	0									ケアプランに位置づけのないサービス提供
			身体2生活2	517	3	1,551					身体1生活2	374	3	1,122									給付対象外サービスの提供
			処遇改善加算 I			3,922					処遇改善加算 I			3,685									
						19,930	227,202	204,481	22,721					18,727	213,487	192,138	21,349		13,715	12,343	1,372		
3	R7年4月	新宿 △郎	通所介護Ⅱ31	570	8	4,560					通所介護Ⅱ31	570	8	4,560									
			個別機能訓練加算 I イ	56	8	448					個別機能訓練加算 I イ	56	6	336									機能訓練指導員未配置
			入浴介助加算 I	40	7	280					入浴介助加算 I	40	7	280									
			処遇改善加算 I			486					処遇改善加算 I			476									
						5,774	65,823	59,240	6,583					5,652	64,432	57,988	6,444		1,391	1,252	139		
合 計																							

※ 該当するサービス提供月の全てのサービス内容(変更がないサービス内容についてはまとめて記載することも可)を記載し、当該月の合計単位数、費用額、保険給付額、利用者負担額等を記載すること。