年　　　月　　　日

（提出先）

川越市長

（法人・事業者名）

代表者名

介護給付費等点検結果回答書

年 　　月 　　日付け 第　　 号で通知のあった介護給付費等の点検の結果について、下記のとおり回答します。

記

１　対象事業所

２　点検事項

３　対象期間

４　介護給付費等の過誤調整の有無及びその理由

⑴　過誤調整の有無（ 有 ・ 無 ）

⑵ 過誤調整理由

５　利用者の自己負担分の返還の有無

・返還の有無（ 有 ・ 無 ）

６　過誤調整総額 　　　　　　　　　　円

（内訳は別紙「点検結果内訳書」のとおり）