

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
  - (1) 過誤調整の有無 (有・無)
  - (2) 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)