

静岡県健康福祉部福祉指導課長 様

サービス事業者名等  
代表者名 印

令和 年度障害福祉サービス事業者等の実地指導結果に  
係る是正・改善計画について（事業所名 ）

令和 年 月 日付け福指第 号により通知のあったこのことについて、下記のとおり報告します。

記

是正・改善を要する事項	是正・改善の具体的方策	是正・改善実施（予定）時期
	※改善した内容が確認できる書類を添付すること。	

担 当 ○○○○  
電 話 ○○○○

静岡県健康福祉部福祉長寿局福祉指導課長 様

サービス事業者名等  
代表者名 印

令和 年度実地指導結果に基づく介護給付費等返還計画について  
(事業所名 )

令和 年 月 日付け福指第 号により通知のあったこのことについて、下記のとおり報告します。

1 介護給付費等返還計画

返還事由	返還対象 期間	支給決定 を行った 市町村名	介護給付費等				利用者への 要返還額
			請求書 の件数	既請求額 A	訂正後の 請求額B	要返還額 A - B	
	年 月～ 年 月						
	年 月～ 年 月						
	年 月～ 年 月						

2 実地指導日 令和 年 月 日

番 号  
年 月 日

静岡県健康福祉部福祉長寿局福祉指導課長 様

サービス事業者等名  
代表者名 印

介護給付費等の返還について  
(事業所名 )

令和 年 月 日付け(文書番号)により報告した介護給付費等の返還計画について、下記のとおり完了したので報告します。

記

1 介護給付費等返還結果

返還事由	返還対象 期間	支給決定 を行った 市町村名	介護給付費等				利用者への 要返還額
			請求書 の件数	既請求額 A	訂正後の 請求額B	要返還額 A - B	
	年 月～ 年 月						
	年 月～ 年 月						
	年 月～ 年 月						