第２号様式

# 返　還　内　訳　書

市町村名　　船橋市　　（保険者番号）　　【事業所・施設】名　　（事業所番号）

| No | 被保険者番号 | 利用者名 | 要介護度 | 年月分 | 当初請求 | | 自主点検後 | | 介護報酬要返還額 | 自己負担要返還額 | その他（公費請求要返還額等） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 単位数 | 請求額 | 単位数 | 請求額 | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | 円 | | 円 | 円 | 円 | 円 |