返還同意書

介護保険事業所番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ３ | ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |

介護保険事業所の名称

介護保険事業所の所在地

倉敷市の運営指導（書面指導）によって指示された給付費の返還金につきまして、国民健康保険団体連合会において、今後支払われる介護報酬から差し引かれますことに同意します。（別紙、「返還一覧表のとおり」）

令和　　　年　　　月　　　日

倉敷市長　伊東香織　　様

事業者の住所、氏名（名称及び代表者氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印