様式３

|  |
| --- |
| 年　　月　　日 |

介護給付費等過誤調整計画書

富良野市長　　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 担当責任者名 |  | | | | | | | | | |
| 連絡先 |  | | | | | | | | | |

１．介護給付費等過誤調整の依頼理由

２．介護給付費等過誤調整の処理年月

３．過誤調整の方法

　（１）同月過誤　一括処理

　（２）同月過誤　分割処理（○回分割）

※北海道国民健康保険団体連合会における処理の結果、支払額がマイナスになる場合は、北海道国民健康保険団体連合会から送付される納付書に従い、一括で清算することといたします。