年　月　日

青　森　市　長　　様

法人の名称

代表者職・氏名

　　　　年度運営指導に係る指導事項の改善報告書

　このことについて、下記のとおり報告いたします。

　なお、返還金については、別紙「介護給付費返還にかかる自主点検表」のとおりです。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 是正・改善・指摘事項 | 是正・改善状況の内容及び実施時期等 | 証明資料 |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 対象事業所名 |  |
| 報告書作成者職・氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |

**＜　記載例　＞**

○○年○○月○○日

青　森　市　長　　様

法人の名称　　　株式会社　○○○○

代表者職・氏名　代表取締役　○○○○

令和○年度運営指導に係る指導事項の改善報告書

　このことについて、下記のとおり報告いたします。

　なお、返還金については、別紙「介護給付費返還にかかる自主点検表」のとおりです。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 是正・改善・指摘事項 | 是正・改善状況の内容及び実施時期等 | 証明資料 |
| **指定介護サービス事業者運営指導指摘事項の【文書指導】の「是正・改善・指摘事項」を記載してください。**（例）○○加算を算定する場合は、△△を1名以上配置すること。　なお、算定要件を満たしていない期間については、加算の算定は認められないため、全利用者の全算定期間について自主点検を行い、△△が必要数配置されていなかった期間について、過誤調整により介護報酬を返還すること。 | 　**「是正・改善・指導事項」に対する改善内容とその実施時期を記載してください。**（例）○○年○月○日付けで△△を配置しました。自主点検の結果、○○年○月から○○年○月までの期間について、別紙自主点検表のとおり過誤調整により介護報酬を返還します。 | **改善内容を証する資料を記載し、添付してください。**（例）○月分勤務表介護給付費にかかる自主点検表 |

|  |  |
| --- | --- |
| 対象事業所名 | ヘルパーステーション　○○○○ |
| 報告書作成者職・氏名 | 管理者　○○○○ |
| 連絡先電話番号 | ０１７　－　○○○　－　○○○○ |