



介護給付費返還にかかる自主点検表（記載例）

事業者名	株式会社 ●●●●	事業所(施設)名	ヘルパーステーション●●●●	サービス種類	(介護予防)訪問介護
代表者 職・氏名	代表取締役 ●●●●	作成者 職・氏名	サービス提供責任者 ●●●●	連絡先電話番号	017 - 734 - 1111

返還事由		(例1) 訪問介護計画を作成していなかったため。																			
被保険者番号	対象者氏名	要介護度		負担割合	該当年月	請求済みの介護給付費(誤)						自主点検後の介護給付費(正)						返還額(単位:円)			
		要支援	要介護			サービス内容	単位数	回数	保険者分 A	利用者負担分 B	公費負担分 C	サービス内容	単位数	回数	保険者分 D	利用者負担分 E	公費負担分 F	保険者分 G(A-D)	利用者負担分 H(B-E)	公費負担分 I(C-F)	合計
0123456●▲■	■ ■ ■ ■		1	1割	R1.5	身体2	388	1	3,492	388	0	身体2	388	0	0	0	0	3,492	388	0	3,880
0123456●▲■	■ ■ ■ ■		1	1割	R1.5	身体4	644	1	5,796	644	0	身体4	644	0	0	0	0	5,796	644	0	6,440
0123456●▲■	■ ■ ■ ■		1	1割	R1.5	生活2	183	5	8,235	915	0	生活2	183	0	0	0	0	8,235	915	0	9,150
0123456●▲■	■ ■ ■ ■		1	1割	R1.5	介護職員処遇改善加算 I	267	1	2,403	267	0	介護職員処遇改善加算 I	267	0	0	0	0	2,403	267	0	2,670

返還事由		(例2) 特定事業所加算Ⅱの算定要件を満たしていなかったため。																			
被保険者番号	対象者氏名	要介護度		負担割合	該当年月	請求済みの介護給付費(誤)						自主点検後の介護給付費(正)						返還額(単位:円)			
		要支援	要介護			サービス内容	単位数	回数	保険者分 A	利用者負担分 B	公費負担分 C	サービス内容	単位数	回数	保険者分 D	利用者負担分 E	公費負担分 F	保険者分 G(A-D)	利用者負担分 H(B-E)	公費負担分 I(C-F)	合計
0123456●▲■	◆ ◆ ◆ ◆		5	2割	R1.5	身体1・夜・Ⅱ	337	59	159,064	39,766	0	身体1・夜	306	59	144,432	36,108	0	14,632	3,658	0	18,290
0123456●▲■	◆ ◆ ◆ ◆		5	2割	R1.5	身1生1・Ⅱ	343	8	21,952	5,488	0	身1生1	312	8	19,968	4,992	0	1,984	496	0	2,480
0123456●▲■	◆ ◆ ◆ ◆		5	2割	R1.5	身体2・Ⅱ	427	8	27,328	6,832	0	身体2	388	8	24,832	6,208	0	2,496	624	0	3,120
0123456●▲■	◆ ◆ ◆ ◆		5	2割	R1.5	身体6・Ⅱ	884	1	7,072	1,768	0	身体6	804	1	6,432	1,608	0	640	160	0	800
0123456●▲■	◆ ◆ ◆ ◆		5	2割	R1.5	介護職員処遇改善加算Ⅱ	2,693	1	21,544	5,386	0	介護職員処遇改善加算Ⅱ	2,446	1	19,568	4,892	0	1,976	494	0	2,470

返還事由		(例3) 介護職員初任者研修課程修了者であるサービス提供責任者を配置しているが、介護報酬を減算せずに請求していたため。																			
被保険者番号	対象者氏名	要介護度		負担割合	該当年月	請求済みの介護給付費(誤)						自主点検後の介護給付費(正)						返還額(単位:円)			
		要支援	要介護			サービス内容	単位数	回数	保険者分 A	利用者負担分 B	公費負担分 C	サービス内容	単位数	回数	保険者分 D	利用者負担分 E	公費負担分 F	保険者分 G(A-D)	利用者負担分 H(B-E)	公費負担分 I(C-F)	合計
0123456●▲■	▲ ▲ ▲ ▲		1	1割	R1.5	身1生2	379	10	34,110	3,790	0	身1生2・初任	265	10	23,850	2,650	0	10,260	1,140	0	11,400
0123456●▲■	▲ ▲ ▲ ▲		1	1割	R1.5	身体2	388	4	13,968	1,552	0	身体2・初任	272	4	9,792	1,088	0	4,176	464	0	4,640

介護給付費返還にかかる自主点検表（記載例）

事業者名	株式会社 ●●●●	事業所(施設)名	ヘルパーステーション●●●●	サービス種類	(介護予防)訪問介護
代表者 職・氏名	代表取締役 ●●●●	作成者 職・氏名	サービス提供責任者 ●●●●	連絡先電話番号	017 - 734 - 1111

返還事由		(例4) 2時間未満の間隔で指定訪問介護を行ったにもかかわらず、所要時間を合算せず請求していたため。																			
被保険者 番号	対象者 氏名	要介護度		負 担 割 合	該 当 年 月	請求済みの介護給付費(誤)						自主点検後の介護給付費(正)						返還額(単位:円)			
		要 支 援	要 介 護			サー ビス 内 容	単 位 数	回 数	保 険 者 分 A	利 用 者 負 担 分 B	公 費 負 担 分 C	サー ビス 内 容	単 位 数	回 数	保 険 者 分 D	利 用 者 負 担 分 E	公 費 負 担 分 F	保 険 者 分 G(A-D)	利 用 者 負 担 分 H(B-E)	公 費 負 担 分 I(C-F)	合 計
0123456●▲■	▲▲ ▲▲		1	1割	R1.5	身体1・II	270	17	41,310	0	4,590	身体1・II	270	15	36,450	0	4,050	4,860	0	540	5,400
0123456●▲■	▲▲ ▲▲		1	1割	R1.5	身体2・II	427	6	23,058	0	2,562	身体2・II	427	4	15,372	0	1,708	7,686	0	854	8,540
0123456●▲■	▲▲ ▲▲		1	1割	R1.5	生活2・II	201	10	18,090	0	2,010	生活2・II	201	10	18,090	0	2,010	0	0	0	0
0123456●▲■	▲▲ ▲▲		1	1割	R1.5				0	0	0	身体3・II	620	2	11,160	0	1,240	-11,160	0	-1,240	-12,400

①

②

③

②

③

【記載する際の留意点】

- ① 対象者の介護給付費の負担割合を記載してください。
- ② サービス内容については、国保連に提出する介護給付費明細書に記載しているサービス内容を記載してください。
- ③ 回数及び介護給付費(保険者分、利用者負担分、公費負担分)については、返還対象となるサービス分のみを記載するのではなく、1ヶ月分のサービスの提供回数及び介護給付費の総額を記載してください。
- ④ 行が足りない場合は、必要に応じて、適宜行を追加してください。