

地域密着型サービス及び介護予防・日常生活支援サービス事業者の  
 実地指導に係る改善報告書

事業者（開設者、法人名）	事業所名
実地指導（監査）実施年月日	サービスの種類
	地域密着型通所介護・通所型サービス

指摘事項	改善（対応）状況

返還（予定）金額
円 （うち、介護報酬分                      円、自己負担分                      円）

（注）改善状況が確認できる書類等を適宜添付すること。  
 （例：過誤調整が確認できる書類、変更届出書等の写し、勤務体制が確認できる書類等）