

(様式1)

居宅介護支援費における特定事業所集中減算届出書 (提出用兼保存用)

令和 年 月 日

岩見沢市長 様

法人住所

法人名称

代表者氏名

事業所番号										
事業所名										
事業所住所・電話番号										
事業所管理者名										

判定期間 令和 年度 (前期 ・ 後期)	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
	後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月	
①居宅サービス計画の総数								0

訪問介護										
②訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数									0	A
③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									0	B
紹介率最高法人の名称・代表者氏名										
住所										
事業所名 1										
事業所名 2										
④割合 (B÷A×100)	単位 : %							0.00%		
⑤紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合には、その理由を記載してください。 (「正当な理由」の(5)又は(6)の場合は、「様式2のとおり」と記載し、必要な書類を添付して様式2を提出してください。)										

通所介護										
②通所介護を位置付けた居宅サービス計画数									0	A
③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									0	B
紹介率最高法人の名称・代表者氏名										
住所										
事業所名 1										
事業所名 2										
④割合 (B÷A×100)	単位 : %							0.00%		
⑤紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合には、その理由を記載してください。 (「正当な理由」の(5)又は(6)の場合は、「様式2のとおり」と記載し、必要な書類を添付して様式2を提出してください。)										

福祉用具貸与									
②福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数							0	A	
③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数							0	B	
紹介率最高法人の名称・代表者氏名									
住所									
事業所名 1									
事業所名 2									
④割合 (B÷A×100)	単位：%					0.00%			
⑤紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合には、その理由を記載してください。 (「正当な理由」の(5)又は(6)の場合は、「様式2のとおり」と記載し、必要な書類を添付して様式2を提出してください。)									

地域密着型通所介護									
②地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数							0	A	
③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数							0	B	
紹介率最高法人の名称・代表者氏名									
住所									
事業所名 1									
事業所名 2									
④割合 (B÷A×100)	単位：%					0.00%			
⑤紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合には、その理由を記載してください。 (「正当な理由」の(5)又は(6)の場合は、「様式2のとおり」と記載し、必要な書類を添付して様式2を提出してください。)									

- ※1 前期とは、3月1日から8月末日まで
- ※2 後期とは、9月1日から2月末日まで
- ※3 提出期限(前期は9月15日、後期は3月15日)までに提出してください。
(提出期限が土日祝の場合は、期限後の直近の開庁日まで受け付けます。)
- ※4 この書類はすべての居宅介護支援事業所が作成し、5年間保存する必要があります。
- ※5 紹介率最高法人の事業所が複数あって、欄内に書き切れないときは、別紙(任意様式)で作成してください。
- ※6 全てのサービスについて作成してください。該当がない場合は計画数の各月欄に「0」と入力してください。
- ※7 指定居宅介護支援事業所ごとに作成してください。法人単位ではありません。
- ※8 介護予防給付者は件数に含めないでください。