

(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。