

(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)
年 月 日

小樽市長 様

法人所在地

届出者 法人名称

代表者・職氏名

事業所名称		事業所番号													
事業所所在地		電話番号													
事業所管理者氏名		FAX番号													
本届出担当者氏名		E-mail													

判定期間	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		
居宅サービス計画の総数(要介護1～5)										
訪問介護	「訪問介護」を位置づけた居宅サービス計画数									①
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数									②
	紹介率最高法人	法人名								
		法人所在地								
		代表者名								
		事業所名	(1)							(2)
		紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)							
	正当な理由	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、当該欄には「様式2のとおり」と記載し、様式2を提出してください。)								
	福祉用具貸与	「福祉用具貸与」を位置づけた居宅サービス計画数								
紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数									⑥	
紹介率最高法人		法人名								
		法人所在地								
		代表者名								
		事業所名	(1)							(2)
		紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)							
正当な理由		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、当該欄には「様式2のとおり」と記載し、様式2を提出してください。)								

2枚目に続く

事業所名称		事業所番号											
-------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

・通所介護と地域密着型通所介護の判定方法について(選択するものに○をつけてください。)

ア 通所介護と地域密着型通所介護のそれぞれで、計画数の割合を計算する。	
イ 通所介護と地域密着型通所介護を合わせて「通所介護等」として、計画数の割合を計算する。	

判定期間	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			
通所介護	「通所介護」を位置づけた居宅サービス計画数									①		
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数									②		
	紹介率最高法人	法人名										
		法人所在地										
		代表者名										
		事業所名	(1)								(2)	
		紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)									%
	正当な理由	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、当該欄には「様式2のとおり」と記載し、様式2を提出してください。)										
	(定員十八名未満の通所介護) 地域密着型通所介護	「地域密着型通所介護」を位置づけた居宅サービス計画数									①	
紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数									②			
紹介率最高法人		法人名										
		法人所在地										
		代表者名										
		事業所名	(1)								(2)	
		紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)									%
正当な理由		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、当該欄には「様式2のとおり」と記載し、様式2を提出してください。)										
通所介護等 (通所介護と地域密着型通所介護の合算)		「地域密着型通所介護」を位置づけた居宅サービス計画数									①	
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数									②		
	紹介率最高法人	法人名										
		法人所在地										
		代表者名										
		事業所名	(1)								(2)	
		紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)									%
	正当な理由	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、当該欄には「様式2のとおり」と記載し、様式2を提出してください。)										

- 注1 この書類は、すべての居宅介護支援事業所が事業所ごとに作成し、判定期間後の算定期間が完結してから2年間保存してください。
- 注2 この書類は、事業所実地指導の際に確認することがあります。
- 注3 欄内に書き切れない場合は、別の紙を利用して書き足してください。
- 注4 介護予防給付者は件数に含めないでください
- 注5 利用者一人につき、計画の数は毎月1となります。(一人の利用者が複数法人や複数事業所からサービスを受ける場合でも、計画の数は1です)
- 注6 法人ごとに計算します。一人の利用者が同一法人の複数の事業所を利用している場合でも、その法人を位置づけた計画の数は1となります。