

(様式1)

居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る届出書

令和 年 月 日

大村市長 様

開設者所在地
開設者名称
代表者の職・氏名

特定事業所集中減算に係る判定結果について、次のとおり届け出ます。

基本 情報	介護保険事業所番号	4	2												
	事業所名称														
	所在地	〒													
	連絡先	TEL:						FAX:						担当者名:	
判定 期間	令和 年度	前期	令和 年3月 日～令和 年8月 日												
		後期	令和 年9月 日～令和 年2月 日												
居宅介護支援事業所の通常の事業実施地域															
減算対象のサービス															
判 定 期 間 (前 期 ・ 後 期)		月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	合 計		
居宅サービス計画総数													0		
訪問介護を位置づけた居宅サービス計画数												①	0		
上記のうち紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数												②	0		
訪問介護の紹介率最高法人の割合		②/①×100 (小数点2位以下切り上げ)										③	#DIV/0!		
②のうち正当な理由有として除外する件数		④					除外後の割合 (%)					⑤			
(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	0		
上記のうち紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数												②	0		
(地域密着型)通所介護の紹介率最高法人の割合		②/①×100 (小数点2位以下切り上げ)										③	#DIV/0!		
②のうち正当な理由有として除外する件数		④					除外後の割合 (%)					⑤			
福祉用具貸与を位置づけた居宅サービス計画数												①	0		
上記のうち紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数												②	0		
福祉用具貸与の紹介率最高法人の割合		②/①×100 (小数点2位以下切り上げ)										③	#DIV/0!		
②のうち正当な理由有として除外する件数		④					除外後の割合 (%)					⑤			
訪 問 介 護	紹介率 最高 法人	法人名													
		所在地													
		代表者名													
		事業所名	事業所1 (事業所番号:)					事業所2 (事業所番号:)							
	紹介率が80%を超えている正当な理由		正当な理由の有無 有 ・ 無												
(地 域 密 着 型) 通 所 介 護	紹介率 最高 法人	法人名													
		所在地													
		代表者名													
		事業所名	事業所1 (事業所番号:)					事業所2 (事業所番号:)							
	紹介率が80%を超えている正当な理由		正当な理由の有無 有 ・ 無												
通所介護と地域密着型通所介護の合算の有無		有 ・ 無					通所介護と地域密着型通所介護を合算して計算する場合は、有に○を付け、そうでない場合は、無に○を付けてください。								
福 祉 用 具 貸 与	紹介率 最高 法人	法人名													
		所在地													
		代表者名													
		事業所名	事業所1 (事業所番号:)					事業所2 (事業所番号:)							
	紹介率が80%を超えている正当な理由		正当な理由の有無 有 無												

備考 1 正当な理由の有無に関わらず、判定期間経過後の算定期間が満了してから5年間保存すること。
2 記載欄が不足する場合は、適宜別紙を追加して記入してください。
3 いずれかのサービスの割合について80%を超えている場合は、位置付けた全てのサービスを記載の上、届出書を市へ提出してください。

居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る届出書

令和 年 月 日

大村市長 様

開設者所在地
開設者名称
代表者の職・氏名

特定事業所集中減算に係る判定結果について、次のとおり届け出ます。

基本情報	介護保険事業所番号	4	2										
	事業所名称												
	所在地	〒											
	連絡先	TEL:					FAX:					担当者名:	
判定期間	令和 年度	前期	令和 年3月 日～令和 年8月 日										
		後期	令和 年9月 日～令和 年2月 日										
居宅介護支援事業所の通常の事業実施地域													
減算対象のサービス													
判定期間(前期・後期)		月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	合計	
居宅サービス計画総数												0	
訪問介護を位置つけた居宅サービス計画数												① 0	
上記のうち紹介率最高法人を位置つけた居宅サービス計画数												② 0	
訪問介護の紹介率最高法人の割合		②/①×100 (小数点2位以下切り上げ)										③ #DIV/0!	
②のうち正当な理由有として除外する件数			④				除外後の割合(%)				⑤		
通所介護を位置つけた居宅サービス計画数												① 0	
上記のうち紹介率最高法人を位置つけた居宅サービス計画数												② 0	
通所介護の紹介率最高法人の割合		②/①×100 (小数点2位以下切り上げ)										③ #DIV/0!	
②のうち正当な理由有として除外する件数			④				除外後の割合(%)				⑤		
福祉用具貸与を位置つけた居宅サービス計画数												① 0	
上記のうち紹介率最高法人を位置つけた居宅サービス計画数												② 0	
福祉用具貸与の紹介率最高法人の割合		②/①×100 (小数点2位以下切り上げ)										③ #DIV/0!	
②のうち正当な理由有として除外する件数			④				除外後の割合(%)				⑤		
地域密着型通所介護を位置つけた居宅サービス計画数												① 0	
上記のうち紹介率最高法人を位置つけた居宅サービス計画数												② 0	
地域密着型通所介護の紹介率最高法人の割合		②/①×100 (小数点2位以下切り上げ)										③ #DIV/0!	
②のうち正当な理由有として除外する件数			④				除外後の割合(%)				⑤		
訪問介護	紹介率最高法人	法人名											
		所在地											
		代表者名											
		事業所名	事業所1(事業所番号:)					事業所2(事業所番号:)					
	紹介率が80%を超えている正当な理由	正当な理由の有無 有・無											
通所介護	紹介率最高法人	法人名											
		所在地											
		代表者名											
		事業所名	事業所1(事業所番号:)					事業所2(事業所番号:)					
	紹介率が80%を超えている正当な理由	正当な理由の有無 有・無											

福祉用具貸与	紹介率 最高 法人	法人名		
		所在地		
		代表者名		
		事業所名	事業所1（事業所番号： ）	事業所2（事業所番号： ）
	紹介率が80%を超えている正当な理由	正当な理由の有無 有 無		
地域密着型通所介護	紹介率 最高 法人	法人名		
		所在地		
		代表者名		
		事業所名	事業所1（事業所番号： ）	事業所2（事業所番号： ）
	紹介率が80%を超えている正当な理由	正当な理由の有無 有 無		

- 備考 1 正当な理由の有無に関わらず、判定期間経過後の算定期間が満了してから5年間保存すること。
2 記載欄が不足する場合は、適宜別紙を追加して記入してください。
3 いずれかのサービスの割合について80%を超えている場合は、位置付けた全てのサービスを記載の上、届出書を市へ提出してください。

(様式1)

居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る届出書

令和3年9月15日

大村市長 様

開設者所在地 長崎県大村市〇〇町〇〇番地〇〇
 開設者名称 株式会社 〇〇〇〇
 代表者の職・氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

特定事業所集中減算に係る判定結果について、次のとおり届け出ます。

基本情報	介護保険事業所番号	4 2 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇							
	事業所名称	〇〇居宅介護支援センター							
	所在地	〒856-〇〇〇〇 長崎県大村市〇〇町〇〇番地〇〇							
	連絡先	TEL:0957-〇〇-〇〇〇〇 FAX:0957-〇〇-〇〇〇〇 担当者名:〇〇 〇〇							
判定期間	令和3年度	前期	令和3年3月1日～令和3年8月31日						
		後期	令和3年9月1日～令和4年2月28日						
居宅介護支援事業所の通常の事業実施地域	大村市全域							利用のあったサービスについては、80%を超えていない場合も作成すること。	
減算対象のサービス	(地域密着型)通所介護、福祉用具貸与								
判定期間(前期・後期)		9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計	
居宅サービス計画総数		22	21	21	22	22	20	128	
訪問介護を位置つけた居宅サービス計画数		11	10	10	10	9	9	59	
上記のうち紹介率最高法人を位置つけた居宅サービス計画数		8	7	6	6	6	6	39	
訪問介護の紹介率最高法人の割合		②/①×100 (小数点2位以下切り上げ)						③	66.2%
②のうち正当な理由有として除外する件数		④		0		除外後の割合(%)		⑤	66.2%
(地域密着型)通所介護を位置つけた居宅サービス計画数		21	20	20	21	21	19	122	
上記のうち紹介率最高法人を位置つけた居宅サービス計画数		17	17	17	15	16	16	98	
通所介護(地域密着型)の紹介率最高法人の割合		②/①×100 (小数点2位以下切り上げ)						③	80.4%
②のうち正当な理由有として除外する件数		④		2		除外後の割合(%)		⑤	80.0%
福祉用具貸与を位置つけた居宅サービス計画数		1	0	0	1	1	1	4	
上記のうち紹介率最高法人を位置つけた居宅サービス計画数		1	0	0	1	1	1	4	
福祉用具貸与の紹介率最高法人の割合		②/①×100 (小数点2位以下切り上げ)						③	100.0%
②のうち正当な理由有として除外する件数		④		0		除外後の割合(%)		⑤	100.0%
訪問介護	紹介率最高法人	法人名	株式会社 〇〇〇〇						
		所在地	長崎県大村市〇〇町〇〇番地〇〇						
		代表者名	代表取締役 〇〇 〇〇						
		事業所名	事業所1 (事業所番号:42〇〇〇〇〇〇〇〇) 〇〇訪問介護事業所			事業所2 (事業所番号:42〇〇〇〇〇〇〇〇) 〇〇ホームヘルパーステーション			
紹介率が80%を超えている正当な理由		正当な理由の有無 有・無							
紹介率が80%を超えている正当な理由		紹介率最高法人でサービスを位置つけた事業所が複数ある場合には、全て記載すること。							
(地域密着型)通所介護	紹介率最高法人	法人名	株式会社 〇〇〇〇						
		所在地	長崎県大村市〇〇町〇〇番地〇〇						
		代表者名	代表取締役 〇〇 〇〇						
		事業所名	事業所1 (事業所番号:42〇〇〇〇〇〇〇〇) 〇〇通所介護事業所			事業所2 (事業所番号:)			
紹介率が80%を超えている正当な理由		正当な理由の有無 有・無							
紹介率が80%を超えている正当な理由		サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業所に集中してしまったこと。							
通所介護と地域密着型通所介護の合算の有無		有・無		有		通所介護と地域密着型通所介護を合算して計算する場合は、有に〇を付け、そうでない場合は、無に〇を付けてください。			
福祉用具貸与	紹介率最高法人	法人名	株式会社 〇〇〇〇						
		所在地	長崎県大村市〇〇町〇〇番地〇〇						
		代表者名	代表取締役 〇〇 〇〇						
		事業所名	事業所1 (事業所番号:42〇〇〇〇〇〇〇〇) 福祉用具〇〇			事業所2 (事業所番号:)			
紹介率が80%を超えている正当な理由		正当な理由の有無 有・無							
紹介率が80%を超えている正当な理由		判定期間の1月当たりの居宅サービス計画のうち、福祉用具貸与のサービスが位置付けられた計画数が1月当たり平均10件以下であること。							

備考 1 正当な理由の有無に関わらず、判定期間経過後の算定期間が満了してから5年間保存すること。
 2 記載欄が不足する場合は、適宜別紙を追加して記入してください。
 3 いずれかのサービスの割合について80%を超えている場合は、位置付けた全てのサービスを記載の上、届出書を市へ提出してください。