

様式 1

居宅介護支援における特定事業所集中減算 (提出用 兼 保存用)
 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

必ず記載例を
確認してください。

市長

事業所番号	4 0 0 0 0 0 0 0 0 0
事業所名	〇〇〇ケアプランセンター
事業所住所(郵便番号)	福岡県以下から記入 (000-0000)
事業所電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
事業所管理者名	□□ □□□
法人名	△△△会
法人住所(郵便番号)	福岡県以下から記入 (000-0000)
法人電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
代表者の職種・氏名	代表取締役 ◇◇ ◇◇

法人印を押してください。

居宅サービス計画の総数の合計が120以下の場合には正当な理由3に該当します。給付管理票総括票を添付して提出してください。

・イで「1.合算」で記入する
 ・イで「2.通所」、ロで「3.地密」の両方を記入する
 のどちらかを選択してください。

判定期間	令和 ○ 年度 (前期 後期)		前期								計	
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月		1月
イ・通所介護等	①居宅サービス計画の総数		22	22	22	22	22	22	22	22	22	132
	②当該サービスを位置付けた居宅サービス計画数		20	20	20	20	20	20	20	20	20	120
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数		17	17	17	17	17	17	17	17	17	102
	紹介率最高法人の名称		AAAAAAAAAAAAAAAA									
	住所		BBBBBBBBBBBBBBBB									
	代表者名		CCCCCCCCCCCCCCCC									
	事業所名		DDDDDDDDDDDDDDDD									
	事業所名 2											
	④割合 (B÷A×100)		単位: % 85.000									
	⑤ 80%を超えている場合(国・県が認めた正当な理由、検討してほしい客観的な理由を記入してください。)		社会福祉法人における減免措置利用									
ロ・通所介護等	②当該サービスを位置付けた居宅サービス計画数		20	20	20	20	20	20	20	20	20	120
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数		12	12	12	12	12	12	12	12	12	72
	紹介率最高法人の名称		AAAAAAAAAAAAAAAA									
	住所		BBBBBBBBBBBBBBBB									
	代表者名		CCCCCCCCCCCCCCCC									
	事業所名		DDDDDDDDDDDDDDDD									
	事業所名 2											
	④割合 (B÷A×100)		単位: % 60.000									
	⑤ 80%を超えている場合(国・県が認めた正当な理由、検討してほしい客観的な理由を記入してください。)											
	③											
訪問介護	②当該サービスを位置付けた居宅サービス計画数		30	30	30	30	30	30	30	30	30	180
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数		10	10	10	10	10	10	10	10	10	60
	紹介率最高法人の名称		AAAAAAAAAAAAAAAA									
	住所		BBBBBBBBBBBBBBBB									
	代表者名		CCCCCCCCCCCCCCCC									
	事業所名		DDDDDDDDDDDDDDDD									
	事業所名 2											
	④割合 (B÷A×100)		単位: % 33.333									
	⑤ 80%を超えている場合(国・県が認めた正当な理由、検討してほしい客観的な理由を記入してください。)											
	③											

【別紙2】正当な理由ごとの確認書類の提出が必要です。正当な理由⑤⑥に該当する場合は様式2の作成が必要です。

80%を超えていて、正当な理由の記入がない場合は、正当な理由なしと判断します！

80%を0.001でも超えると正当な理由の記載が必要です。80%ちょうどの場合は理由の記載は不要です。

%は小数点以下も記入

事業所名)〇〇ケアプランセンター)

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	
福祉用具貸与	②当該サービスを位置付けた居宅サー	0	9	9	9	9	9	9	45 A
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サ	0	8	8	8	8	8	8	40 B
	紹介率最高法人の名称	AAAAAAAAAAAAAAAA BBBB CCCC DDDD							
	④割合 (B÷A×100)	単位 : % 88.888							
⑤80%を超えている場合(国・県が認めた正当な理由、検討してほしい客観的な理由をご記入ください。)									
(福祉用具貸与を位置付けた計画件数が1月あたりの平均10件以下のため)									

計画がない場合は「0」を記入
記入漏れかどうかの判断が付きません。