

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 3 年 9 月 1 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
事業所名称	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3年度 (前期 ・ 後期)		前期								計			
	前期	後期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月		11月	12月	1月
①居宅サービス計画の総数			22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	132
イ・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	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	17	17	102
	紹介率最高法人の名称		AAAAAAAAAAAAAAAA											
	住所		BBBBBBBBBBBBBBBB											
	代表者名		CCCCCCCCCCCCCCCC											
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	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	12	12	72
	紹介率最高法人の名称		AAAAAAAAAAAAAAAA											
	住所		BBBBBBBBBBBBBBBB											
	代表者名		CCCCCCCCCCCCCCCC											
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	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	10	10	60
	紹介率最高法人の名称		AAAAAAAAAAAAAAAA											
	住所		BBBBBBBBBBBBBBBB											
	代表者名		CCCCCCCCCCCCCCCC											

【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3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	AAAAAAA AAAAAA								
		BBBB CCCC DDDD								
	④割合 (B÷A×								単位 : %	88.888
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つきません。