

(様式1)

住宅介護支援事業所における特定事業所集中減算に係る届出書

令和 年 月 日

えびの市長 殿

届出者 所在地
名称(法人名)
代表者職・氏名

印

事業所名											
事業所の所在地											
連絡先	電話() -						F A X() -				
介護保険事業所番号	4	5							特別地域加算	あり・なし	
管理者名							記入者名				
運営規程に定める通常の事業の実施地域											
いずれかのサービスで80%を超えている状況	あり・なし					「あり」「なし」に関わらず、様式1、様式2(及び様式3)を作成し、事業所にて5年間保存。「あり」「なし」の場合や、正当な理由の有無にかかわらず、前期は9月15日まで、後期は3月15日までに各様式を介護保険課へ提出。					

<居宅サービス計画の作成状況>

住宅介護支援事業所が作成した居宅サービス計画の総数

判 定 期 間	前 期			3月	4月	5月	6月	7月	8月	合 計	月平均	
	令和	年度	前期	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)											0	0.0

各事業を位置づけた件数

番 号	判 定 期 間	前 期			3月	4月	5月	6月	7月	8月	合 計		
		令和	年度	前期	後期	9月	10月	11月	12月	1月		2月	
1	訪問介護	①当該事業を位置づけた計画数									a	0	
		②紹介率最高法人を位置付けた計画数									b	0	
		③紹介率最高法人の割合 (b ÷ a) × 1 0 0									#DIV/0!		
		④紹介率最高法人の	名 称										
			住 所										
			代 表 者 名										
事業所名 1													
事業所名 2													
事業所名 3													
⑤80%を超えている場合の理由 (「正当な理由」の5又は6の場合は、様式3その他挙証資料を提出してください。)										該当番号			
2	通所介護 (地域密着含む・含まない)	①当該事業を位置づけた計画数									a	0	
		②紹介率最高法人を位置付けた計画数									b	0	
		③紹介率最高法人の割合 (b ÷ a) × 1 0 0									#DIV/0!		
		④紹介率最高法人の	名 称										
			住 所										
			代 表 者 名										
事業所名 1													
事業所名 2													
事業所名 3													
⑤80%を超えている場合の理由 (「正当な理由」の5又は6の場合は、様式3その他挙証資料を提出してください。)										該当番号			

番号	判 定 期 間	前 期	3月		4月		5月		6月		7月		8月		合 計	
			令和	年度	前期	後期	後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月			
3	福祉用具貸与	① 当該事業を位置づけた計画数												a	0	
		② 紹介率最高法人を位置付けた計画数													b	0
		③ 紹介率最高法人の割合 (b ÷ a) × 1 0 0													#DIV/0!	
		④ 紹介率最高法人の		名 称												
				住 所												
				代 表 者 名												
				事 業 所 名 1												
				事 業 所 名 2												
				事 業 所 名 3												
		⑤ 80%を超えている場合の理由 (「正当な理由」の5又は6の場合は、様式3その他挙証資料を提出してください。)													該当 番号	
4	地域密着型通所介護 (通所介護と 合算しない場合記入)	① 当該事業を位置づけた計画数												a	0	
		② 紹介率最高法人を位置付けた計画数													b	0
		③ 紹介率最高法人の割合 (b ÷ a) × 1 0 0													#DIV/0!	
		④ 紹介率最高法人の		名 称												
				住 所												
				代 表 者 名												
				事 業 所 名 1												
				事 業 所 名 2												
				事 業 所 名 3												
		⑤ 80%を超えている場合の理由 (「正当な理由」の5又は6の場合は、様式3その他挙証資料を提出してください。)													該当 番号	

(様式1)

記入例

居宅介護支援事業所における特定事業所集中減算に係る届出書

令和2年 月 日

えびの市長 殿

届出者 所在地 えびの市〇〇2-10-1
名称(法人名) 株式会社 長寿
代表者職・氏名 代表取締役 えびの一郎

Table with fields: 事業所名 (えびのケアプランセンター), 事業所の所在地 (えびの市〇〇2-10-2), 連絡先 (電話: 0984-00-0000, FAX: 0984-00-0000), 介護保険事業所番号 (4570123456), 特別地域加算 (ありなし), 管理者名 (加久藤 太郎), 記入者名 (飯野 花子), 運営規程に定める通常の事業の実施地 (えびの市), いくつかのサービスで80%を超えている状況 (ありなし).

<居宅サービス計画の作成状況>

事業所で作成した全計画数

居宅介護支援事業所が作成した居宅サービス計画の総数

Table showing monthly counts for 令和元年度前期・後期 (前/後期) and monthly averages (月平均) for months 3-12. Total count is 450, average is 75.0.

各事業を位置づけた件数

Main table with columns for months and total counts. Includes rows for '訪問' (訪問) and '介護' (介護) with sub-rows for plan counts and ratios. Includes callouts for '様式②により判定した紹介率最高法人を記載' and '様式②より転記'.

別紙「居宅介護支援事業所における特定事業所集中減算の取扱いについて」の5「正当な理由の範囲」に記載されている「正当な理由」に該当する場合は、この欄に理由番号を記載。ただし、「正当な理由」の5又は6の場合は、客観的な学証資料等(居宅サービス計画の写し等、様式4)を添えて様式3にて再計算を行いに提出。

※記載欄が不足する場合は、適宜別紙(様式自由)を追加して記入してください。