

# 居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る判定様式

年 月 日

串本町長 様

法人の所在地											
法人の名称											
代表者の職氏名	印										
事業所名称						事業所番号	3	0			
事業所所在地						電話番号					
通常の事業の実施地域						担当者					

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											
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									%
正当な理由	正当な理由(1)～(6)の該当するものを記入。(4): 紹介方法記入、挙証資料添付。(5): 引継件数等記入、必要書類添付。										
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									%
正当な理由	正当な理由(1)～(6)の該当するものを記入。(4): 紹介方法記入、挙証資料添付。(5): 引継件数等記入、必要書類添付。										
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										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									%
正当な理由	正当な理由(1)～(6)の該当するものを記入。(4): 紹介方法記入、挙証資料添付。(5): 引継件数等記入、必要書類添付。										
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									%
正当な理由	正当な理由(1)～(6)の該当するものを記入。(4): 紹介方法記入、挙証資料添付。(5): 引継件数等記入、必要書類添付。										

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5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 紹介率最高法人で3事業所以上の事業所を紹介している場合は、紹介数の多い上位2事業所を記載してください。