

<参考様式>

居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る算定記録

年 月 日

桐生市長 あて

特定事業所集中減算に係る算定結果が80%を超えたので、報告します。

法人名										
法人の所在地										
代表者の職・氏名										
居宅介護支援事業所の名称										
事業所番号	1	0								
事業所所在地										
管理者（担当者）名・電話番号										

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	平均
			※該当する期間に○を付けてください。	後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月		
①居宅サービス計画の総数											0	####
訪問介護	②訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数										0	A####
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										0	B####
	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											
	④割合 (B÷A×100)	単位：%										#####
⑤80%を超えている場合の理由 (該当番号を記入すること)											番号	
地域通所介護	②通所介護及び地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数										0	A####
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										0	B####
	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											
	④割合 (B÷A×100)	単位：%										#####
⑤80%を超えている場合の理由 (該当番号を記入すること)											番号	
福祉用具貸与	②福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数										0	A####
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										0	B####
	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											
	④割合 (B÷A×100)	単位：%										#####
⑤80%を超えている場合の理由 (該当番号を記入すること)											番号	

(注)
※1 前期とは、3月1日から8月末日まで、後期とは、9月1日から2月末日まで
※2 この書類は、80%超えなかった場合でも全ての居宅介護支援事業所が作成し、5年間保存してください。
※3 いずれかのサービスの割合が80%を超えている場合に、この書類を提出してください。
※4 正当な理由がある場合は、⑤の欄に番号を記載してください。無い場合は記載不要です。
※5 ⑤で選択した番号が(5)の場合は、添付書類を提出してください。
※6 減算の適用の有無が変更になる場合は、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」の提出も必要です。
※7 紹介率最高法人が3事業所以上の事業所を開設している場合は、紹介数の多い上位2事業所を記載してください。