

特定事業所集中減算算定結果報告書 ( 年度 期分)

年 月 日

蕪崎市長 殿

届出者 法人所在地  
法人名称  
代表者の職・氏名

印

事業所	名称														
	所在地	(〒 - )													
	連絡先	電話番号					FAX番号								
介護保険事業所番号	1	9										適用開始年月日	年	月	日
記載担当者氏名															
80%超過の有無		<p>1 あり [ 判定結果が80%を超えた場合は市へ報告が必要。報告は、本用紙に①「計算書(算定根拠書類)」、②「別紙正当な理由の範囲」を添付する。 ]</p> <p>2 なし [ なしの場合は本用紙に①「計算書(算定根拠書類)」を添付し、事業所で2年間保存する。 ]</p>													

▼【判定期間における居宅サービス計画数（介護予防サービス計画数は含まない）】

月	月	月	月	月	月	合計	月平均

▼【紹介率最高法人名等】

1 訪問介護		月	月	月	月	月	月	計
①訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数								
②訪問介護に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数								
③割合 (②÷①×100) ※小数点第2位切り捨て								%
紹介率最高法人	名称							
	代表者							
	住所							
	事業所名1							
	事業所名2	※必要時記載及び追加						
2 通所介護		月	月	月	月	月	月	計
① 通所介護を位置付けた居宅サービス計画数								
② 通所介護に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数								
③割合 (②÷①×100) ※小数点第2位切り捨て								%
紹介率最高法人	名称							
	代表者							
	住所							
	事業所名1							
	事業所名2	※必要時記載及び追加						

3 地域密着型通所介護		月	月	月	月	月	月	計
①地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数								
②地域密着型通所介護に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数								
③割合 (②÷①×100) ※小数点第2位切り捨て								%
紹介率最高法人	名称							
	代表者							
	住所							
	事業所名1							
	事業所名2	※必要時記載及び追加						
4 福祉用具貸与		月	月	月	月	月	月	計
①福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数								
②福祉用具貸与に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数								
③割合 (②÷①×100) ※小数点第2位切り捨て								%
紹介率最高法人	名称							
	代表者							
	住所							
	事業所名1							
	事業所名2	※必要時記載及び追加						

## 留意事項

○通所介護、地域密着型通所介護のいずれかまたは双方の紹介最高法人の割合が80%を超えた場合は、次の通所介護・地域密着型通所介護合算の表により判定を行ってください。

○「通所介護、地域密着型通所介護を位置付けた計画数」は一人の利用者の居宅サービス計画に複数の事業所からのサービスを位置付けた場合でも一人につき1と数える。(2, 3・・・といった複数にはならないので注意)

通所介護・地域密着型通所介護 合算		月	月	月	月	月	月	計
①通所介護、地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数								
②通所介護、地域密着型通所介護に係る紹介最高法人の居宅サービス計画数								
③割合 (②÷①×100) ※小数点第2位切り捨て								%
紹介率最高法人	名称							
	代表者							
	住所							
	事業所名1							
	事業所名2	※必要時記載及び追加						