

居宅介護支援費における特定事業所集中減算届出書（兼 事業所保存用紙）

令和 年 月 日

宇城市長 様

所在地

届出者 法人の名称

代表者氏名

事業所名称		事業所番号	4	3							
事業所所在地	〒	電話番号									
		FAX番号									
事業所管理者氏名		通常の事業の実施地域									

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
		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)									

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							代表者名	
		法人所在地								
		事業所名	(1)						(2)	
		事業所番号	(1)						(2)	
		事業所所在地	(1)						(2)	
	紹介率		②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)							%
	正当な理由		紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合は記入してください。							
	該当番号(①～⑥を記入)									

- 注1 この届出書は、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 いずれかのサービスの割合が80%を超えているときは、この届出書を宇城市長に提出してください。
- 注3 添付書類 正当な理由①:「介護サービス情報の公表」の該当箇所を印刷したもの
正当な理由⑤:「理由書提出一覧表」(理由書の添付は不要です。)
正当な理由⑥(2):「ワムネット」の公表画面を印刷したもの
- 注4 この届出書は、事業所実地指導の際に確認することがあります。
- 注5 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6 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、欄を工夫して記載するか、別の紙に記載し添付してください。

本届出担当者 職氏名

連絡先 Tel

Fax

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							代表者名	
		法人所在地								
		事業所名	(1)						(2)	
		事業所番号	(1)						(2)	
		事業所所在地	(1)						(2)	
	紹介率		②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)							%
	正当な理由		紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合は記入してください。							
	該当番号(①～⑥を記入)									

事業所名称		事業所番号	4	3																
-------	--	-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

「通所介護」と「地域密着型通所介護」については個別で算出するか合算して算出するか選択できます。

「通所介護」と「地域密着型通所介護」を合算 しない ……「通所介護」及び「地域密着型通所介護」のそれぞれの欄に記入してください。
 する ……「通所介護及び地域密着型通所介護」欄に記入してください。

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									代表者名	
		法人所在地										
		事業所名	(1)									(2)
		事業所番号	(1)									(2)
		事業所所在地	(1)									(2)
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)									%		
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合は記入してください。											
該当番号 (①～⑥を記入)												
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									代表者名	
		法人所在地										
		事業所名	(1)									(2)
		事業所番号	(1)									(2)
		事業所所在地	(1)									(2)
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)									%		
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合は記入してください。											
該当番号 (①～⑥を記入)												
通所介護及び地域密着型通所介護	「通所介護及び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									代表者名	
		法人所在地										
		事業所名	(1)									(2)
		事業所番号	(1)									(2)
		事業所所在地	(1)									(2)
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)									%		
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合は記入してください。											
該当番号 (①～⑥を記入)												

※すべての居宅介護支援事業所が作成する必要があります。

居宅介護支援費における特定事業所集中減算届出書（兼 事業所保存用紙）

令和 年 月 日

宇城市長 様

所在地 ○○市○○町1-1

届出者 法人の名称 株式会社○○△△

代表者氏名 代表取締役 ○○ □□

事業所名称	○○△△介護支援センター	事業所番号	4 3 7 0 0 0 0 0 0 0
事業所所在地	〒 869-0502 宇城市松橋町松橋○○-△	電話番号	0964-32-△△△△
		FAX番号	0964-32-○○○○
事業所管理者氏名	熊本 □□	通常の事業の実施地域	宇城市

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	
居宅サービス計画の総数(要介護1~5)			62	62	64	62	69	70	389

訪問介護	「訪問介護」を位置づけた居宅サービス計画数		20	20	21	22	20	19	①	122	
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数		12	12	12	13	11	11	②	71	
	紹介率最高法人	法人名	株式会社○○○○				代表者名	熊本 一郎			
		法人所在地	宇城市松橋町□□○-○-○								
		事業所名	(1) ○○訪問介護事業所	(2) ○○第2訪問介護事業所							
		事業所番号	(1) 4370000001	(2) 4370000002							
		事業所所在地	(1) 宇城市松橋町□□○-○-○	(2) 宇城市松橋町△△○-○-○							
		紹介率	紹介率が80%を超えなかったサービスについても、記載が必要である。正しい。							58.20	%
	正当な理由	正しい。									
	該当番号(①~⑥を記入)										

- 注1 この届出書は、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 いずれかのサービスの割合が80%を超えているときは、この届出書を宇城市長に提出してください。
- 注3 添付書類 正当な理由①:「介護サービス情報の公表」の該当箇所を印刷したもの
正当な理由⑤:「理由書提出一覧表」(理由書の添付は不要です。)
正当な理由⑥(2):「ワムネット」の公表画面を印刷したもの
- 注4 この届出書は、事業所実地指導の際に確認することがあります。
- 注5 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6 紹介率最高法人が3事業所以上の事業所を開業している場合は、欄を工夫して記載するか、別の紙に記載し添付してください。

本届出担当者 職氏名 管理者 熊本 □□

連絡先 Tel 0964-32-△△△△ Fax 0964-32-○○○○

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		0	0	0	0	0	0	0	0		
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数		0	0	0	0	0	0	0	0		
	紹介率最高法人	法人名	記載例省略				代表者名	記載例省略				
		法人所在地	記載例省略									
		事業所名	記載例省略		記載例省略							
		事業所番号	記載例省略		記載例省略							
事業所所在地	記載例省略		記載例省略									
紹介率	記載例省略							記載例省略	%			
正当な理由	記載例省略											
該当番号(①~⑥を記入)												

事業所名称	〇〇△△介護支援センター	事業所番号	4	3	7	0	0	0	0	0	0	0	0
-------	--------------	-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

「通所介護」と「地域密着型通所介護」については個別で昇り下りるか合算し昇り下りるか選択できます。

「通所介護」と「地域密着型通所介護」を合算 しない …「通所介護」及び「地域密着型通所介護」のそれぞれの欄に記入してください。
 する …「通所介護及び地域密着型通所介護」欄に記入してください。

通所介護	「通所介護」を位置づけた居宅サービス計画数												①	0						
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数												②	0						
	紹介率最高法人	法人名																		
		法人所在地																		
		事業所名	(1)											(2)						
		事業所番号	(1)											(2)						
事業所所在地		(1)											(2)							
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)											#DIV/0!	%							
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合は記入してください。																			
該当番号 (①～⑥を記入)																				
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	0						
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数												②	0						
	紹介率最高法人	法人名											代表者名							
		法人所在地																		
		事業所名	(1)											(2)						
		事業所番号	(1)											(2)						
事業所所在地		(1)											(2)							
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)											#DIV/0!	%							
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合は記入してください。																			
該当番号 (①～⑥を記入)																				
通所介護及び地域密着型通所介護	「通所介護及び地域密着型通所介護」を位置づけた居宅サービス計画												80	82	82	83	81	80	①	488
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数												78	78	78	80	77	77	②	468
	紹介率最高法人	法人名	株式会社☆☆☆										代表者名 肥後 志郎							
		法人所在地	宇城市松橋町□□〇-〇																	
		事業所名	(1)	☆☆デイサービス																
		事業所番号	(1)	371001234																
事業所所在地		(1)	宇城市松橋町□□〇-〇										(2)							
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)											95.90	%							
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合は記入してください。																			
該当番号 (①～⑥を記入)	⑤ 当該事業所は、〇〇〇〇を特長にしており、利用者の利用が集中する傾向がある。利用者の意向を尊重してケアマネジメントを行なった結果80%を超えたもので、正当な理由⑤に該当するものと考えられる。期間中の利用者82名（うち〇〇氏は、死亡のため理由書対象者は、81名）のうち、80名(98.77%)から理由書の提出があり、利用者の希望が正当であると判断できる理由書は、75名(92.59%)である。																			

合算を「する」か「しない」のどちらかを選択し、該当する欄に記入してください。

正当な理由⑤の場合、「理由書提出一覧表」を添付してください。理由書の提出は、不要です。