

特定事業所集中減算届出書

様式1

令和 年 月 日

(宛先)安曇野市長

開設者所在地
開設者名称
代表者

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所の状況	事業所の所在地					
	事業所の連絡先	電話 FAX	介護保険事業所番号			
	事業所の名称					
	管理者の氏名					
判定期間	年度	前期・後期	減算期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日	

1 判定期間における居宅サービス計画総数							
判定期間(月)							合計
総数							0

2 各サービスを位置付けた居宅サービス計画数							
(1) 訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数							合計
総数							0
							0
							0
							0
紹介率最高法人の居宅サービス計画数:		件	÷	当該サービスを位置付けた計画総数		件 = #DIV/0!	%
紹介率最高法人の名称				代表者名			
紹介率最高法人の住所				当該サービスの事業所名			
(2) 通所介護を位置付けた居宅サービス計画数							合計
総数							0
							0
							0
							0
紹介率最高法人の居宅サービス計画数:		件	÷	当該サービスを位置付けた計画総数		件 = #DIV/0!	%
紹介率最高法人の名称				代表者名			
紹介率最高法人の住所				当該サービスの事業所名			
(3) 福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数							合計
総数							0
							0
							0
							0
紹介率最高法人の居宅サービス計画数:		件	÷	当該サービスを位置付けた計画総数		件 = #DIV/0!	%
紹介率最高法人の名称				代表者名			
紹介率最高法人の住所				当該サービスの事業所名			
(4) 地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数							合計
総数							0
							0
							0
							0
紹介率最高法人の居宅サービス計画数:		件	÷	当該サービスを位置付けた計画総数		件 = #DIV/0!	%
紹介率最高法人の名称				代表者名			
紹介率最高法人の住所				当該サービスの事業所名			

3 正当な理由

80%を超えたサービスについて、それぞれ該当する理由を選択し、該当サービスのサービス番号を記入欄に記入してください。 ※理由欄(1)、(5)、(6)の場合は、必要資料を添付

【サービス番号】

1.訪問介護 2.通所介護 3.福祉用具貸与 4.地域密着型通所介護

80%を超えたサービス サービス番号記入欄	1	2	3	4	理由
	(1) 通常の事業の実施地域においてサービスごとでみた場合に 5 事業所未満 ※居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域を記載				
	(2) 特別地域居宅介護支援加算を受けている				
	(3) 平均の居宅サービス計画件数が20件以下				
	(4) サービスごとでみたときに、平均の居宅サービス計画が10件以下				
	(5) サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した				
	(6) 地域ケア会議等でやむを得ないと認められた場合				
	上記に該当する正当な理由はない				

*各サービスごとに利用計画数の多い上位3法人について計画数の記録を記載してください。