

様式 1

居宅介護支援における特定事業所集中減算 (提出用 兼 保存用)

令和 年 月 日

久留米市長 殿

事業所番号	4	0							
事業所名									
事業所住所(郵便番号)									
事業所電話番号									
事業所管理者名									

法人名	
法人住所(郵便番号)	
法人電話番号	
代表者の職種・氏名	

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		
①居宅サービス計画の総数										
イ・通所介護等	②当該サービスを位置付けた居宅サービス計画数									A
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									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									
1. 合算	④割合 (B ÷ A × 100)								単位 : %	
2. 通所	⑤ 80% を超えている場合 (国・県が認めた正当な理由、検討してほしい客観的な理由をご記入ください。)									
3. 地密	()									
ロ・通所介護等	②当該サービスを位置付けた居宅サービス計画数									A
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									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									
1. 合算	④割合 (B ÷ A × 100)								単位 : %	
2. 通所	⑤ 80% を超えている場合 (国・県が認めた正当な理由、検討してほしい客観的な理由をご記入ください。)									
3. 地密	()									
訪問介護	②当該サービスを位置付けた居宅サービス計画数									A
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									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									
1. 合算	④割合 (B ÷ A × 100)								単位 : %	
2. 通所	⑤ 80% を超えている場合 (国・県が認めた正当な理由、検討してほしい客観的な理由をご記入ください。)									
3. 地密	()									

事業所名 (0)

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		
福祉用具貸与	②当該サービスを位置付けた居宅サービス計画数										A
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										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 ($B \div A \times 100$)										単位 : %	
⑤80%を超えている場合 (国・県が認めた正当な理由、検討してほしい客観的な理由をご記入ください。)		()									

様式 1

居宅介護支援における特定事業所集中減算 (提出用 兼 保存用)

令和 5 年 9 月 1 日

必ず記載例を確認してください。

事業所番号	4 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
事業所名	〇〇〇ケアプランセンター
事業所住所(郵便番号)	福岡県以下から記入(000-0000)
事業所電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
事業所管理者名	□□ □□□

法人名	△△△会
法人住所(郵便番号)	福岡県以下から記入(000-0000)
法人電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
代表者の職種・氏名	代表取締役 ◇◇ ◇◇

居宅サービス計画の総数の合計が120以下の場合には正当な理由3に該当します。給付管理票総括票を添付して提出してください。

・イで「1.合算」で記入する
・イで「2.通所」、ロで「3.地密」の両方を記入する
のどちらかを選択してください。

判定期間	令和5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	

①居宅サービス計画の総数		22	22	22	22	22	22	22	132
--------------	--	----	----	----	----	----	----	----	-----

②当該サービスを位置付けた居宅サービス計画数	20	20	20	20	20	20	20	20	120
③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数	17	17	17	17	17	17	17	17	102

紹介率最高法人の名称	AAAAAAAAAAAAAAAA
住所	BBBBBBBBBBBBBBBB
代表者名	CCCCCCCCCCCCCCCC
事業所名	DDDDDDDDDDDDDDDD
事業所名2	

【別紙2】正当な理由ごとの確認書類の提出が必要です。正当な理由⑤⑥に該当する場合は様式2の作成が必要です。

④割合 (B÷A×100)	単位：%	85.000
---------------	------	--------

⑤ 80%を超えている場合(国・県が認めた正当な理由、検討してほしい客観的な理由を記入してください。)

(社会福祉法人における減免措置利用)

②当該サービスを位置付けた居宅サービス計画数	20	20	20	20	20	20	20	120	A
③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数	12	12	12	12	12	12	12	72	B

紹介率最高法人の名称	AAAAAAAAAAAAAAAA
住所	BBBBBBBBBBBBBBBB
代表者名	CCCCCCCCCCCCCCCC
事業所名	DDDDDDDDDDDDDDDD
事業所名2	

80%を超えている、正当な理由の記入がない場合は、正当な理由なしと判断します！

④割合 (B÷A×100)	単位：%	60.000
---------------	------	--------

⑤ 80%を超えている場合(国・県が認めた正当な理由、検討してほしい客観的な理由をご記入ください。)

②当該サービスを位置付けた居宅サービス計画数	30	30	30	30	30	30	30	30	180	A
③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数	10	10	10	10	10	10	10	10	60	B

紹介率最高法人の名称	
住所	
代表者名	
事業所名	
事業所名2	

80%を0.001でも超えると正当な理由の記載が必要です。80%ちょうどの場合は理由の記載は不要です。

%は小数点以下も記入

④割合 (B÷A×100)	単位：%	33.333
---------------	------	--------

⑤ 80%を超えている場合(国・県が認めた正当な理由、検討してほしい客観的な理由をご記入ください。)

()

事業所名(〇〇ケアプランセンター)

判定期間 令和5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			
福祉用具貸与	②当該サービスを位置付けた居宅サ-	0	9	9	9	9	9	9	45	A	
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サ	0	8	8	8	8	8	8	40	B	
	紹介率最高法人の名称	AAAAAA AAAAAA									
		BBBBB									
		CCCCC									
		DDDD									
	④割合 (B÷A×									単位 : %	88.888
⑤80%を超えている場合(国・県が認めた正当な理由、検討してほしい客観的な理由をご記入ください。)											
(福祉用具貸与を位置付けた計画件数が1月あたりの平均10件以下のため)											

計画がない場合は「0」を記入
記入漏れかどうかの判断が付きません。