

居宅介護支援費の算定に係る特定事業所集中減算チェックシート（提出用 兼 保存用）

令和 年 月 日

守谷市長 宛

法人名	
法人住所・電話番号	
代表者の職名・氏名・代表者印	印
事業所番号	0 8
事業所名	
事業所住所	
電話番号	
事業所管理者名	

判定期間	令和 年度	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										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No								
	事業所名 2		事業所No								
④割合 (B÷A×100)										単位：%	
⑤ 80%を超えている場合の理由及び正当な理由の番号((1)から(8)までのいずれかを記載)										番号	
⑥(6)のうち地域ケア会議等で助言を受けており除外できる件数										件数	
										除外後の割合：%	
通所介護	②通所介護を位置付けた居宅サービス計画数									0	C
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									0	D
	紹介率最高法人の名称										
	住所										
	代表者名										
	事業所名 1		事業所No								
	事業所名 2		事業所No								
④割合 (D÷C×100)										単位：%	
⑤ 80%を超えている場合の理由及び正当な理由の番号((1)から(8)までのいずれかを記載)										番号	
⑥(6)のうち地域ケア会議等で助言を受けており除外できる件数										件数	
										除外後の割合：%	
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	E
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									0	F
	紹介率最高法人の名称										
	住所										
	代表者名										
	事業所名 1		事業所No								
	事業所名 2		事業所No								
④割合 (F÷E×100)										単位：%	
⑤ 80%を超えている場合の理由及び正当な理由の番号((1)から(8)までのいずれかを記載)										番号	
⑥(6)のうち地域ケア会議等で助言を受けており除外できる件数										件数	
										除外後の割合：%	
地域密着型通所介護	②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	G
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									0	H
	紹介率最高法人の名称										
	住所										
	代表者名										
	事業所名 1		事業所No								
	事業所名 2		事業所No								
④割合 (H÷G×100)										単位：%	
⑤ 80%を超えている場合の理由及び正当な理由の番号((1)から(8)までのいずれかを記載)										番号	
⑥(6)のうち地域ケア会議等で助言を受けており除外できる件数										件数	
										除外後の割合：%	

- ※1 前期とは、3月1日から8月末日まで
- ※2 後期とは、9月1日から2月末日まで
- ※3 いずれかのサービスの割合が80%を超えているときは、この書類を守谷市に提出してください。
- ※4 提出期限（前期は9月15日、後期は3月15日）までに提出してください。
- ※5 この書類はすべての居宅介護支援事業所が作成し、5年間保存する必要があります。
- ※6 欄内に書き切れないときは、別の紙を利用して書き足してください。
- ※7 事業所ごとに作成してください。法人単位ではありません。
- ※8 ⑤に記載された理由が正当な理由に該当するかどうかは、守谷市において適正に判断します。