(様式１)　　　　　居宅介護支援事業所に係る特定事業所集中減算届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

舞鶴市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名　　　　　　　　　　印

　令和　　年度(前期・後期)について特定事業所集中減算に該当する判定を行いましたので、関係書類を添えて次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居宅介護支援  事業所の名称 | |  | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | | 電話番号 | |  | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | |
| 管理者氏名 | |  | | | | | | 担当者氏名 | | |  | |
| 介護保険事業所番号 | |  | | | | | | | | | | |
| 判定期間における居宅サービス計画総数 | | 年　月 | 年　月 | | 年　月 | | 年　月 | | 年　月 | 年　月 | | 合　　　計 |
|  |  | |  | |  | |  |  | |  |
| サービス種類 | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | 各サービスを位置づけた計画数　　(A) |  | | | |  | | | |  | | |
| うち紹介率最高法人の計画数　　　(B) |  | | | |  | | | |  | | |
| 紹介率最高法人が占める割合　（B）/（A） | ％ | | | | ％ | | | | ％ | | |
| 80％を超える場合、正当な理由の有無 | あり・なし | | | | あり・なし | | | | あり・なし | | |
| 紹介率最高法人 | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | 名　　　称 |  | | | |  | | | |  | | |
| 所　在　地 |  | | | |  | | | |  | | |
| 代表者の職・氏名 |  | | | |  | | | |  | | |
| 事業所名 | ① | | | | ① | | | | ① | | |
| ② | | | | ② | | | | ② | | |
| ③ | | | | ③ | | | | ③ | | |
| ④ | | | | ④ | | | | ④ | | |
| ⑤ | | | | ⑤ | | | | ⑤ | | |
|  | | | | | | | | | | | |

※１　居宅介護支援事業所ごとに作成してください。

※２　80％を超えない場合も、計算結果のわかるもの（様式任意）を５年間保存してください。

※３　虚偽の報告を行った場合は、「指定の取消し」等を含む行政処分を行うことがあります。