

特定事業所集中減算判定様式

事業所の名称	
事業所の所在地	
事業所番号	

判定期間	令和	年度	前期
------	----	----	----

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
居宅サービス計画の総数							

居宅サービス計画に位置付けたサービスの状況

		3月	4月	5月	6月	7月	8月	計	割合 B÷A×100
	A							A	
	B							B	
	A							A	
	B							B	
	A							A	
	B							B	
	A							A	
	B							B	
	A							A	
	B							B	
	A							A	
	B							B	
	A							A	
	B							B	
	A							A	
	B							B	
	A							A	
	B							B	
	A							A	
	B							B	
	A							A	
	B							B	

判定結果について上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

本宮市長

法人所在地
法人名
代表者名

印

※裏面又は別紙に居宅サービス計画に位置付けた各サービス毎の紹介率最高法人の名称、住所、事業所名及び代表者を記入し、80%を超えたサービスについて正当な理由がある場合は、その正当な理由を記入してください。

事業所番号	
事業所名	

居宅サービス計画に位置付けたサービスの紹介率最高法人及び理由

サービス名		
紹介率最高法人	法人の名称	
	法人の住所	
	代表者名	
	事業所名（複数あればすべて記載すること）	
80%を超えた理由		

サービス名		
紹介率最高法人	法人の名称	
	法人の住所	
	代表者名	
	事業所名（複数あればすべて記載すること）	
80%を超えた理由		

サービス名		
紹介率最高法人	法人の名称	
	法人の住所	
	代表者名	
	事業所名（複数あればすべて記載すること）	
80%を超えた理由		

サービス名		
紹介率最高法人	法人の名称	
	法人の住所	
	代表者名	
	事業所名（複数あればすべて記載すること）	
80%を超えた理由		

サービス名		
紹介率最高法人	法人の名称	
	法人の住所	
	代表者名	
	事業所名（複数あればすべて記載すること）	
80%を超えた理由		

事業所番号	
事業所名	

居宅サービス計画に位置付けたサービスの紹介率最高法人及び理由

サービス名		
紹介率最高法人	法人の名称	
	法人の住所	
	代表者名	
	事業所名（複数あればすべて記載すること）	
80%を超えた正当な理由がある場合は、その正当な理由		

サービス名		
紹介率最高法人	法人の名称	
	法人の住所	
	代表者名	
	事業所名（複数あればすべて記載すること）	
80%を超えた正当な理由がある場合は、その正当な理由		

サービス名		
紹介率最高法人	法人の名称	
	法人の住所	
	代表者名	
	事業所名（複数あればすべて記載すること）	
80%を超えた正当な理由がある場合は、その正当な理由		

サービス名		
紹介率最高法人	法人の名称	
	法人の住所	
	代表者名	
	事業所名（複数あればすべて記載すること）	
80%を超えた正当な理由がある場合は、その正当な理由		

サービス名		
紹介率最高法人	法人の名称	
	法人の住所	
	代表者名	
	事業所名（複数あればすべて記載すること）	
80%を超えた正当な理由がある場合は、その正当な理由		

特定事業所集中減算判定様式（記入例）

事業所の名称	株式会社 ○○居宅介護支援事業所
事業所の所在地	○○市○○町○番○○号
事業所番号	0700000000

判定期間	令和	年度	後期
------	----	----	----

	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計
居宅サービス計画の総数	36	38	40	39	41	39	233

居宅サービス計画に位置付けたサービスの状況

		9月	10月	11月	12月	1月	2月	計	
訪問介護	訪問介護を位置付けた計画数	27	27	28	29	29	28	A	168
	紹介率最高法人を位置付けた計画数	25	25	25	25	25	24	B	149
通所介護	通所介護を位置付けた計画数	20	22	21	19	18	16	A	116
	紹介率最高法人を位置付けた計画数	11	11	10	8	9	7	B	56
福祉用具貸与	福祉用具貸与を位置付けた計画数	4	4	4	4	4	4	A	24
	紹介率最高法人を位置付けた計画数	2	2	2	2	2	2	B	12
地域密着型通所介護	地域密着型通所介護を位置付けた計画数	6	5	6	6	7	6	A	36
	紹介率最高法人を位置付けた計画数	6	5	6	6	7	6	B	36
								A	
								B	
								A	
								B	
								A	
								B	
								A	
								B	
								A	
								B	
								A	
								B	
								A	
								B	
								A	
								B	

判定結果について上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

本宮市長

法人所在地
法人名
代表者名

※裏面又は別紙に居宅サービス計画に位置付けた各サービス毎の紹介率最高法人の名称、住所、事業所名及び併入し、80%を超えたサービスについて正当な理由がある場合は、その正当な理由を記入してください。

事業所番号	0700000000
事業所名	株式会社 ○○居宅介護支援事業所

居宅サービス計画に位置付けたサービスの紹介率最高法人及び理由

サービス名	訪問介護	
紹介率最高法人	法人の名称	○○株式会社
	法人の住所	○○市○○町○○
	代表者名	○○○○
	事業所名（複数あればすべて記載すること）	○○訪問介護事業所
80%を超えた理由	居宅介護支援事業所の通常の事業実施地域内に訪問介護事業所が3事業所である。	

サービス名	通所介護	
紹介率最高法人	法人の名称	社会福祉法人○○○
	法人の住所	○○市○○町○○
	代表者名	○○○○
	事業所名（複数あればすべて記載すること）	デイサービス○○○
80%を超えた理由		

サービス名	福祉用具貸与	
紹介率最高法人	法人の名称	○○株式会社
	法人の住所	○○市○○町○○
	代表者名	○○○○
	事業所名（複数あればすべて記載すること）	○○福祉用具貸与事業所
80%を超えた理由		

サービス名	地域密着型通所介護	
紹介率最高法人	法人の名称	株式会社 ○○
	法人の住所	○○市○○町○○
	代表者名	○○○○
	事業所名（複数あればすべて記載すること）	デイサービス○○○
80%を超えた理由	居宅介護支援事業所の通常の事業実施地域内に地域密着型通所介護事業所が1事業所である。	

サービス名		
紹介率最高法人	法人の名称	
	法人の住所	
	代表者名	
	事業所名（複数あればすべて記載すること）	
80%を超えた理由		

割合 $B \div A \times 100$
88.7
48.3
50.0
100.0

印

代表者を記

る。