

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

筑西市長 様

|           |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 法人名       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 法人住所・電話番号 |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 代表者の職名・氏名 |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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: %   |       |  |  |  |  |    |   |  |
|                                | ⑤80%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: %   |       |  |  |  |  |    |   |  |
|                                | ⑤80%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: %   |       |  |  |  |  |    |   |  |
|                                | ⑤80%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、後期とは、9月1日から2月末日までです。
- ※2 提出期限（前期は9月15日、後期は3月15日、期限が土日祝日の場合は翌平日）までに提出してください。
- ※3 紹介率最高法人の割合にかかわらず、この書類を筑西市に提出してください。
- ※4 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。
- ※5 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。
- ※6 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。
- ※7 A、B、C、D、E、F欄及び④欄は、自動計算されます。
- ※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、筑西市において適正に判断します。