

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。