

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・代表者印										
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：%	
	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。