

特定事業所集中減算算定表

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

届出者 法人所在地
法人名称
代表者の職・氏名

事業所番号	1	2								
事業所	ふりがな								電話	()
	名 称								FAX	()
	所在地	(〒 -)								

判定期間	年度	該当に ○をする	○	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	
判定期間における居宅サービス計画の総数											

サービスの名称 : 訪問介護					3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
①当該サービスを位置付けた計画数											
②当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数											
③割合(②÷①×100) ※小数点第1位まで表示											%
紹介率最高法人の	名称										
	住所										
	代表者名										
	事業所名										
③の割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合には、別紙判断基準を参照のうえ該当の番号を記載し、必要に応じて添付書類を提出してください。											
正当な理由の番号等:											

サービスの名称 : 福祉用具貸与					3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
①当該サービスを位置付けた計画数											
②当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数											
③割合(②÷①×100) ※小数点第1位まで表示											%
紹介率最高法人の	名称										
	住所										
	代表者名										
	事業所名										
③の割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合には、別紙判断基準を参照のうえ該当の番号を記載し、必要に応じて添付書類を提出してください。											
正当な理由の番号等:											

サービスの名称 : 通所介護					3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
①当該サービスを位置付けた計画数											
②当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数											
③割合(②÷①×100) ※小数点第1位まで表示											%
紹介率最高法人の	名称										
	住所										
	代表者名										
	事業所名										
③の割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合には、別紙判断基準を参照のうえ該当の番号を記載し、必要に応じて添付書類を提出してください。											
正当な理由の番号等:											

サービスの名称 : 地域密着型通所介護		3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
①当該サービスを位置付けた計画数								
②当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数								
③割合(②÷①×100) ※小数点第1位まで表示								%
紹介率最高法人の	名称							
	住所							
	代表者名							
	事業所名							
③の割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合には、別紙判断基準を参照のうえ該当の番号を記載し、必要に応じて添付書類を提出してください。								
正当な理由の番号等:								

サービスの名称 : 通所介護等(通所介護+地域密着型通所介護を合算する場合)		3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
①当該サービスを位置付けた計画数								
②当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数								
③割合(②÷①×100) ※小数点第1位まで表示								%
紹介率最高法人の	名称							
	住所							
	代表者名							
	事業所名							
③の割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合には、別紙判断基準を参照のうえ該当の番号を記載し、必要に応じて添付書類を提出してください。								
正当な理由の番号等:								

特定事業所集中減算の算定結果 80%を超えているサービスは A. ない B. ある
--

「A. ない」の場合は、本用紙を事業所で5年間保存してください。

「B. ある」の場合は、届出者の欄に記入・押印し、指定の期日までに袖ヶ浦市介護保険課まで提出してください。

算定表記載例

I. 前提

居宅サービス計画(△月、○月、□月、×月、☆月、▽月サービス提供分)

z さん	訪問介護	
	甲法人	
	事業所A	
y さん	訪問介護	
	乙法人	
	事業所C	
x さん	訪問介護	
	甲法人	
	事業所B	
w さん	訪問介護	訪問介護
	甲法人	甲法人
	事業所A	事業所B
v さん	訪問介護	訪問介護
	甲法人	乙法人
	事業所A	事業所C
u さん	介護予防訪問介護	
	甲法人	
	事業所A	
t さん	通所リハビリテーション	
	丙法人	
	事業所D	
s さん	訪問介護	
	甲法人	
	事業所A	

居宅サービス計画の総数	7(z、y、x、w、v、t、s さん)
訪問介護計画を位置付けた総数	6(z、y、x、w、v、s さん)
甲法人(事業所A + 事業所B)	5(z、x、w、v、s さん)
乙法人(事業所C)	2(y、v さん)

…紹介率最高法人

II. 記載方法

判定期間	年度	△月	○月	□月	×月	☆月	▽月	計	
判定期間における居宅サービス計画の総数		7	7	7	7	7	7	42	
サービスの名称： 訪 問 介 護									
①当該サービスを位置付けた計画数		6	6	6	6	6	6	36	
②当該サービス等に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数		5	5	5	5	5	5	30	
③割合(②÷①×100) ※小数点第1位まで表示								83.3	%
紹介率最高法人の	名称	甲法人						<div>小数点以下第2位を四捨五入</div>	
	住所	千葉県〇〇市～							
	代表者名	代表取締役 〇〇 〇〇							
	事業所名	事業所A			事業所B				
③の割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合には、別紙判断基準を参照のうえ該当の番号を記載し、必要に応じて添付書類を提出してください。		<div>再計算書あり></div> <div>正当な理由の番号等： 1(5)ア(ア)a</div>							

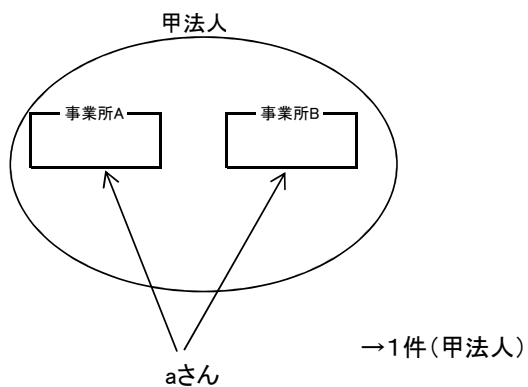
再計算が必要なケースの場合、記入してください。

別表「判断基準」の番号等を参照

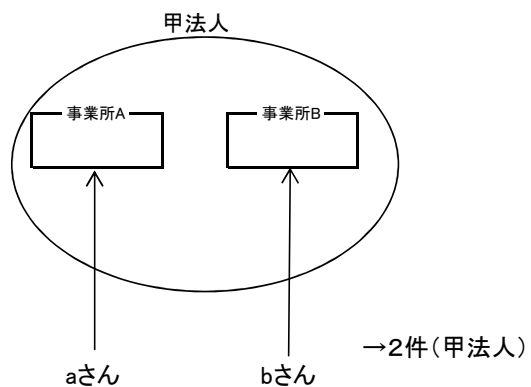
(別紙参考)

件数についての事例

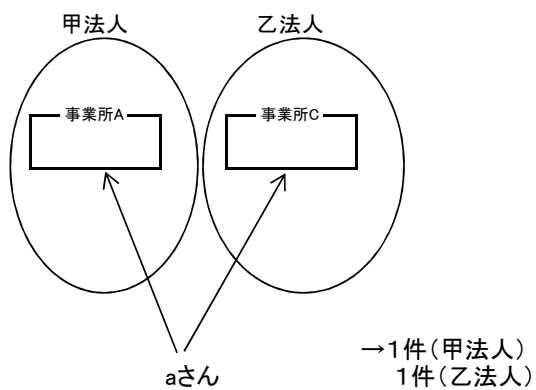
例ア)



例イ)



例ウ)



例エ)

