

居宅介護支援費における特定事業所集中減算届出書（提出用 兼 保存用）

年 月 日

（宛先） 木古内町長

法人住所  
法人名称  
代表者氏名

印

事業所名称		事業所番号	
事業所住所		電話番号	
事業所管理者氏名		FAX番号	

判定期間	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（要介護1～5）									0

<b>訪問介護</b>										
② 訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数										0
③ 紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										0
紹介率最高法人の名称・代表者氏名										
住所										
事業所名 1										
事業所名 2										
④ 割合 (B÷A×100)									単位：%	0.0%
⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、その理由を記載してください。										
理由										

A  
B

<b>通所介護</b>										
② 通所介護を位置付けた居宅サービス計画数										0
③ 紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										0
紹介率最高法人の名称・代表者氏名										
住所										
事業所名 1										
事業所名 2										
④ 割合 (B÷A×100)									単位：%	0.0%
⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、その理由を記載してください。										
理由										

A  
B

<b>福祉用具貸与</b>										
② 福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数										0
③ 紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										0
紹介率最高法人の名称・代表者氏名										
住所										
事業所名 1										
事業所名 2										
④ 割合 (B÷A×100)									単位：%	0.0%
⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、その理由を記載してください。										
理由										

A  
B

<b>地域密着型通所介護</b>										
② 地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数										0
③ 紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										0
紹介率最高法人の名称・代表者氏名										
住所										
事業所名 1										
事業所名 2										
④ 割合 (B÷A×100)									単位：%	0.0%
⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、その理由を記載してください。										
理由										

A  
B

- ※1 前期とは、3月1日から8月末日まで
- ※2 後期とは、9月1日から2月末日まで
- ※3 提出期限（前期は9月15日、後期は3月15日）までに提出してください。（閉庁日の場合は直前の営業日）
- ※4 この書類はすべての居宅介護支援事業所が作成し、2年間保存する必要があります。
- ※5 紹介率最高法人の事業所が複数あって、欄内に書き切れないときは、別紙（任意様式）で作成してください。
- ※6 全てのサービスについて作成してください。該当がない場合は各欄に「0」と入力してください。
- ※7 指定居宅介護支援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。
- ※8 介護予防給付者は件数に含めないでください。