

【様式1】

特定事業所集中減算 チェックシート（ 提出用 兼 保存用 ）

No.1

年 月 日

津市長 あて

法人名										
法人住所・電話番号										
代表者の職種・氏名	印									
事業所番号	2	4								
事業所名										
事業所住所・電話番号										
事業所管理者名										

判定期間	年度（ 前期 ・ 後期 ）	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									
訪 問 介 護	②訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数								A
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数								B
	紹介率最高法人の名称								
	住所								
	事業所名 1								
	事業所名 2								
	④割合（ $B \div A \times 100$ ）	単位：%							
⑤80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。									
通 所 介 護	②通所介護・地域通所介護を位置付けた居宅サービス計画数								C
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数								D
	紹介率最高法人の名称								
	住所								
	事業所名 1								
	事業所名 2								
	④割合（ $D \div C \times 100$ ）	単位：%							
⑤80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。									
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								E
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数								F
	紹介率最高法人の名称								
	住所								
	事業所名 1								
	事業所名 2								
	④割合（ $F \div E \times 100$ ）	単位：%							
⑤80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。									

【様式1 続紙】

No.2

地域密着型通所介護	②通所介護・地域通所介護を位置付けた居宅サービス計画数								G	
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数								H	
	紹介率最高法人の名称									
	住所									
	事業所名 1									
	事業所名 2									
④割合 (H÷G×100) 単位：%										
⑤80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。										

※通所介護と地域密着型通所介護を合算して判定する場合のみ、記入してください。

合算する場合、「通所介護」「地域密着型通所介護」の欄は記載しないでください。

通所介護・地域密着型通所介護	②通所介護・地域通所介護を位置付けた居宅サービス計画数								I	
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数								J	
	紹介率最高法人の名称									
	住所									
	事業所名 1									
	事業所名 2									
④割合 (J÷I×100) 単位：%										
⑤80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。										

※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 80%を超えた場合は、この書類を津市介護保険課に、1部提出してください。

※4 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。

※5 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。

※6 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。

※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。