

特定事業所集中減算の適用状況に係る報告書

(令和 年度後期用)

提出年月日

以下のとおり報告します

法人名	
代表者職名・氏名	

事業所	介護保険事業所番号										
	フリガナ										
	名称										
	住所	〒									
	電話番号					FAX番号					
記入担当者職名・氏名											

判 定 期 間	令和 年 9 月 ~ 令和 年 2 月
---------	--------------------------------------

貴事業所において、下記により判定期間における居宅サービス計画の総数を記載してください。
(居宅サービス計画数とは、毎月の給付管理を行った計画数を指します。)

	9 月	1 0 月	1 1 月	1 2 月	1 月	2 月	合 計
当該月に作成した居宅サービス計画数							件

1 訪問介護

(1) 貴事業所において、下記により判定期間における訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数を記載してください。

	9 月	1 0 月	1 1 月	1 2 月	1 月	2 月	合計 (A)
当該月に訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数							件

(2) 貴事業所で訪問介護において、紹介率最高法人が位置付けられた居宅サービス計画数並びに紹介率最高法人の名称、住所、代表者職・氏名、事業所名及び事業所番号を記載してください。(2事業所以上ある場合は全ての事業所名等)

	9 月	1 0 月	1 1 月	1 2 月	1 月	2 月	合計 (B)
当該月に訪問介護で紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数							件

紹介率最高法人の名称	
法人住所	
法人代表者職・氏名	
事業所名	
事業所番号	

(3) 下記により、紹介率最高法人のサービスごとに占める割合を算定してください。

$$\begin{array}{c} \text{B} \\ \boxed{} \text{ 件} \end{array} \div \begin{array}{c} \text{A} \\ \boxed{} \text{ 件} \end{array} \times 100 = \begin{array}{c} \text{C} \\ \boxed{} \% \end{array}$$

(小数点以下切り上げ)

2 通所介護

※地域密着型通所介護を合算して居宅サービス計画数を算出していない場合は、「4 地域密着型通所介護」を記載してください。

(1) 貴事業所において、下記により判定期間における通所介護を位置付けた居宅サービス計画数を記載してください。

	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計 (A)
当該月に通所介護を位置付けた居宅サービス計画数							件

(2) 貴事業所で通所介護において、紹介率最高法人が位置付けられた居宅サービス計画数並びに紹介率最高法人の名称、住所、代表者職・氏名、事業所名及び事業所番号を記載してください。(2事業所以上ある場合は全ての事業所名等)

	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計 (B)
当該月に通所介護で紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数							件

紹介率最高法人の名称	
法人住所	
法人代表者職・氏名	
事業所名	
事業所番号	

(3) 下記により、紹介率最高法人のサービスごとに占める割合を算定してください。

B A C

件	÷	件	×	100	=	%
---	---	---	---	-----	---	---

(小数点以下切り上げ)

3 福祉用具貸与

(1) 貴事業所において、下記により判定期間における福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数を記載してください。

	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計 (A)
当該月に福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数							件

(2) 貴事業所で福祉用具貸与において、紹介率最高法人が位置付けられた居宅サービス計画数並びに紹介率最高法人の名称、住所、代表者職・氏名、事業所名及び事業所番号を記載してください。(2事業所以上ある場合は全ての事業所名等)

	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計 (B)
当該月に福祉用具貸与で紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数							件

紹介率最高法人の名称	
法人住所	
法人代表者職・氏名	
事業所名	
事業所番号	

(3) 下記により、紹介率最高法人のサービスごとに占める割合を算定してください。

B A C

件	÷	件	×	100	=	%
---	---	---	---	-----	---	---

(小数点以下切り上げ)

4 地域密着型通所介護

(1) 貴事業所において、下記により判定期間における地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数を記載してください。

	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計 (A)
当該月に地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数							件

(2) 貴事業所で地域密着型通所介護において、紹介率最高法人が位置付けられた居宅サービス計画数並びに紹介率最高法人の名称、住所、代表者職・氏名、事業所名及び事業所番号を記載してください。(2事業所以上ある場合は全ての事業所名等)

	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計 (B)
当該月に地域密着型通所介護で紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数							件

紹介率最高法人の名称	
法人住所	
法人代表者職・氏名	
事業所名	
事業所番号	

(3) 下記により、紹介率最高法人のサービスごとに占める割合を算定してください。

B

件

÷

A

件

× 100

=

C

%

(小数点以下切り上げ)

事業所メモ欄

入力結果

サービス名	割合	
1 訪問介護	%	80%以上：基準を越えましたので、別紙を添えて厚木市に提出してください。 80%未満：基準以下ですので、厚木市への提出は必要ありません。
2 通所介護	%	80%以上：基準を越えましたので、別紙を添えて厚木市に提出してください。 80%未満：基準以下ですので、厚木市への提出は必要ありません。
3 福祉用具貸与	%	80%以上：基準を越えましたので、別紙を添えて厚木市に提出してください。 80%未満：基準以下ですので、厚木市への提出は必要ありません。
4 地域密着型通所介護	%	80%以上：基準を越えましたので、別紙を添えて厚木市に提出してください。 80%未満：基準以下ですので、厚木市への提出は必要ありません。