

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）

年 月 日

取手市長 殿

法人名	
法人住所・電話番号	
代表者の職名・氏名・代表者印	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	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 (地域密着型通所介護)	②通所介護を位置付けた居宅サービス計画数								0	I	
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数								0	J	
	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 (J÷I×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	S	
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数								0	T	
	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 (T÷S×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

※2 後期とは、9月1日から2月末日まで

※3 いずれかのサービスの割合が80%を超えているときは、この書類を取手市に提出してください。

※4 提出期限（原則、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、5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 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 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、取手市において適正に判断します。