

特定事業所集中減算算定表

令和××年×月×日

柏市長 あて

届出者 法人所在地 柏市柏5-10-1  
 法人名称 株式会社 ○○  
 代表者の職・氏名 代表取締役 柏 太郎

代表者印の押印は不要となりました。  
 メールでのご提出も受け付けております。

事業所番号	1	2	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
事業所	ふりがな	かしわ○○きょたくかいごしえんじぎょうしょ						電話	04 (7168) 1040				
	名称	柏○○居宅介護支援事業所						FAX	04 (7164) 3917				
	所在地	(〒277-××××)						柏市柏5-10-1					

該当する項目に○をつけてください。

前回の特定事業所集中減算の判定結果	1. 減算なし <input type="radio"/> 2. 減算あり <input checked="" type="radio"/>
今回の算定結果	各サービスの「d」の割合が80%を超えているサービスは A. ない <input type="radio"/> B. ある <input checked="" type="radio"/>

今回の判定結果	※市記入欄
	不適用 <input type="radio"/> 適用 <input checked="" type="radio"/>

- ・「d」の割合が80%を超えたサービスが1つでもあった場合は、「B. ある」に該当します。届出者の欄に記入・押印し、指定の期日までに本用紙を柏市法人指導課に提出してください。(正当な理由に該当する場合でも、提出が必要です。)
- ・「1. 減算なし」かつ「A. ない」の場合は、本用紙を事業所で2年間保存してください(市への提出は不要です)。
- ※前回の判定結果が「1. 減算あり」の事業所については、今回の算定結果が80%以下(「A. ない」)であっても提出が必要です。算定結果を確認の上、体制情報を減算なしに変更します。
- ・「B. ある」の場合で、正当な理由に該当する場合は、各サービスの所定の欄に「正当な理由の番号」を記入し、「正当な理由に該当することがわかる資料」を添付してください(別紙1参照)。

《居宅サービス計画の総数》

忘れずに入力してください。

判定期間	令和元年度	該当に○をする	○	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
					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					19	20	20	21	22	22	124
判定期間における1月当たりの平均居宅サービス計画件数											20.7

エクセルファイルの場合、太枠内に件数を入力すると、合計値等が自動計算されます(各サービスも同じ)。  
 ※判定期間の年度を入力しないと自動計算されません。

《サービスごとの計画数》

【A:訪問介護】					3月	4月	5月	6月	7月	8月	計	
a.	上記サービスを位置付けた計画数				10	11	11	12	13	13	70	
b.	aのうち、紹介率最高法人に係る居宅サービス計画数				9	10	10	11	12	12	64	
c.	bのうち、正当な理由⑤ア、⑥ア(ア)、⑥ア(イ)、⑥ア(ウ)、⑥ア(エ)又は⑥イに該当する件数を除いた件数(該当ある場合のみ記入)				7	8	8	9	10	10	52	
d.	割合(b÷a×100) ※小数点第1位まで表示				91.4						%	
e.	再計算後の割合(c÷a×100) (該当ある場合のみ記入) ※小数点第1位まで表示				74.3						%	
紹介率最高法人の	名称	株式会社△△										
	所在地	柏市柏5-10-1										
	代表者名	代表取締役 柏太郎										
	事業所名	柏△△訪問介護事業所										
正当な理由の番号:	⑥ア(ア)				正当な理由に該当する場合は、「正当な理由に該当することがわかる資料」を添付してください。							

80%を超えているか否かの判断に用いるのは「d」の数値です。

正当な理由⑤ア、⑥ア(ア)、⑥ア(イ)、⑥ア(ウ)、⑥ア(エ)又は⑥イに該当する場合のみ、該当する件数を除いた件数を入力してください。

(表8月の例)  
 「b. 紹介率最高法人に係る居宅サービス計画数」12件のうち、正当な理由に該当する件数が2件の場合、10件が「c. 正当な理由に該当する件数を除いた件数」となる。

【B:通所介護】

地域密着型通所介護と合わせて計算している。 <input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ					3月	4月	5月	6月	7月	8月	計	
※「はい」の場合は、地域密着型通所介護の欄への記入は不要です。					8	9	9	10	11	11	58	
a.	上記サービスを位置付けた計画数				8	9	9	10	11	11	58	
b.	aのうち、紹介率最高法人に係る居宅サービス計画数				7	8	8	9	10	10	52	
c.	bのうち、正当な理由⑤ア、⑥ア(ア)、⑥ア(イ)、⑥ア(ウ)、⑥ア(エ)又は⑥イに該当する件数を除いた件数(該当ある場合のみ記入)										0	
d.	割合(b÷a×100) ※小数点第1位まで表示				89.7						%	
e.	再計算後の割合(c÷a×100) (該当ある場合のみ記入) ※小数点第1位まで表示				0.0						%	
紹介率最高法人の	名称	株式会社△△										
	所在地	柏市柏5-10-1										
	代表者名	代表取締役 柏太郎										
	事業所名	柏△△通所介護事業所										
正当な理由の番号:	④				正当な理由に該当する場合は、「正当な理由に該当することがわかる資料」を添付してください。							

いずれかに○をつけてください。

正当な理由⑤ア、⑥ア(ア)、⑥ア(イ)、⑥ア(ウ)、⑥ア(エ)又は⑥イに該当しない場合は、入力不要です。