

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
法人名称
代表者の職・氏名

事業所番号	1	2									
事業所	ふりがな							電話	()		
	名称							FAX	()		
	所在地	(〒 -)									

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 2. 減算あり
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 B. ある

今回の判定結果	※市記入欄
	不適用 適用

・「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》

判定期間	令和	年度	該当に○をする	○	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	
判定期間における居宅サービス計画の総数												
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												

《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							
b. aのうち、紹介率最高法人に係る居宅サービス計画数							
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)							
d. 割合 (b÷a×100) ※小数点第1位まで表示							%
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							%

紹介率最高法人の	名称	
	所在地	
	代表者名	
	事業所名	
正当な理由の番号:		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。

【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。 はい ・ いいえ ※「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。		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									
b. aのうち、紹介率最高法人に係る居宅サービス計画数									
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)									
d. 割合($b \div a \times 100$) ※小数点第1位まで表示									%
e. 再計算後の割合($c \div a \times 100$) (該当ある場合のみ記入) ※小数点第1位まで表示									%
紹介率最高法人の	名称								
	所在地								
	代表者名								
	事業所名								
正当な理由の番号:		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。							

【C:地域密着型通所介護】

		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									
b. aのうち、紹介率最高法人に係る居宅サービス計画数									
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)									
d. 割合($b \div a \times 100$) ※小数点第1位まで表示									%
e. 再計算後の割合($c \div a \times 100$) (該当ある場合のみ記入) ※小数点第1位まで表示									%
紹介率最高法人の	名称								
	所在地								
	代表者名								
	事業所名								
正当な理由の番号:		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。							

【D:福祉用具貸与】

		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									
b. aのうち、紹介率最高法人に係る居宅サービス計画数									
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)									
d. 割合($b \div a \times 100$) ※小数点第1位まで表示									%
e. 再計算後の割合($c \div a \times 100$) (該当ある場合のみ記入) ※小数点第1位まで表示									%
紹介率最高法人の	名称								
	所在地								
	代表者名								
	事業所名								
正当な理由の番号:		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。							