特定事業所集中減算に係る届出書

別紙１

　　年　　月　　日

福山市長　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開設者 | 法人住所 |  | |  |
| 法人名称 |  | |  |
| 代表者の職・名前 | |  |  |

特定事業所集中減算の状況については、次のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | 名　称 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | FAX番号 |  |
| 介護保険  事業所番号 | | ３ | ４ |  |  |  |  |  |  |  |  | 記入担当者　　名前 |  |
| いずれかの  １及び２の場合は、前期の場合は９月１５日まで、後期の場合は３月１５日までに担当窓口に提出すること（１５日が閉庁日の場合は、その直前の開庁日まで）。  ３の場合は、当該書類を事業所で２年間保存しておくこと。  サービスで  ８０％を超えている状況 | | １　８０％を超える（正当な理由あり）　 ２　８０％を超える（正当な理由なし）  ３　８０％を超えない | | | | | | | | | | | |

**１　判定期間**

|  |  |
| --- | --- |
| 令和　　　年度 | 前期　　　・　　　後期 |

**２　判定期間における居宅サービス計画の総数**(前期の場合は３月～８月、後期の場合は９月～２月を記入)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 判　定　期　間 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 合　計 |
| 居宅サービス計画総数 |  |  |  |  |  |  |  |

**３　８０％を超えている場合の正当な理由**

いずれかのサービスで８０％を超えている状況で、「正当な理由」がある場合は右欄に○印をすること。

1. **全サービス共通**

次のいずれかに該当する場合、当該居宅介護支援事業所は減算の対象とはなりません**。**

|  |  |
| --- | --- |
| ①当該居宅介護支援事業所が特別地域居宅介護支援加算を受けている。 |  |
| ②判定期間における居宅サービス計画総数が月平均２０件以下である。 |  |

**(２)　各サービス個別**

上記の（１）以外に正当な理由に該当するものは、次項以降の「４　各サービスの状況」の 正当な理由の記載欄に○印をすること。正当な理由記載欄の①から③のいずれかに該当する場合、減算の対象とはなりません。

**４　各サービスの状況（※正当な理由がある場合には記載欄の右欄に○印を記載すること。）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①訪問介護 | 判　定　期　間 | 月 | 月 | 月 | 月 | | | 月 | 月 | | 合　計 | |
| 訪問介護を位置付けた  居宅サービス計画数 |  |  |  |  | | |  |  | | **(Ａ)** | |
| 紹介率最高法人を位置付けた  居宅サービス計画数 |  |  |  |  | | |  |  | | **(Ｂ)** | |
| （Ｂ）／（Ａ）×１００　→ | | | | | | | | | **％** | | |
| 紹介率最高法人の名称 |  | | | | | 代表者名 | |  | | | |
| 〃　　　　　　住所 |  | | | | | | | | | | |
| 〃　　　　事業所名 |  | | | | ③ | | | | | | |
| ② | | | | ④ | | | | | | |
| ※正当な理由 | ①当該居宅介護支援事業所の運営規程に定める通常の事業の実施地域内に、該当するサービスの事業所が５事業所未満である。※ | | | | | | | | | | |  |
| ②判定期間における各対象サービスを位置づけた居宅サービス計画数が月平均１０件以下である。 | | | | | | | | | | |  |
| ③適切なケアマネジメントを通じ利用者の希望を勘案等した結果、特定の事業者に集中している。  上記の居宅サービス計画数で、**（Ｂ）／（Ａ）×１００が８０％を超えている場合**は、次の計算式により**正当な理由に該当する件数**を除いて再計算してください。  【再計算】  （Ｂ）のうち正当な理由　　　　　　　　　　（Ｂ）のうち正当な理由  　 　　 （Ｂ）　　　 　に該当する計画数　 　　 （Ａ）　 　　　　に該当する計画数  －  ÷  －  ×100  ＝    ％ | | | | | | | | | | |  |
| ②通所介護 | 判　定　期　間 | 月 | 月 | 月 | 月 | | | 月 | 月 | | 合　計 | |
| 通所介護を位置付けた  居宅サービス計画数 |  |  |  |  | | |  |  | | **(Ａ)** | |
| 紹介率最高法人を位置付けた  居宅サービス計画数 |  |  |  |  | | |  |  | | **(Ｂ)** | |
| （Ｂ）／（Ａ）×１００　→ | | | | | | | | | **％** | | |
| 紹介率最高法人の名称 |  | | | | | 代表者名 | |  | | | |
| 〃　　　　　　住所 |  | | | | | | | | | | |
| 〃　　　　事業所名 | ① | | | | ③ | | | | | | |
| ② | | | | ④ | | | | | | |
| ※正当な理由 | ①当該居宅介護支援事業所の運営規程に定める通常の事業の実施地域内に、該当するサービスの事業所が５事業所未満である。※ | | | | | | | | | | |  |
| ②判定期間における各対象サービスを位置づけた居宅サービス計画数が月平均１０件以下である。 | | | | | | | | | | |  |
| ③適切なケアマネジメントを通じ利用者の希望を勘案等した結果、特定の事業者に集中している。  上記の居宅サービス計画数で、**（Ｂ）／（Ａ）×１００が８０％を超えている場合**は、次の計算式により**正当な理由に該当する件数**を除いて再計算してください。  【再計算】  （Ｂ）のうち正当な理由　　　　　　　　　　（Ｂ）のうち正当な理由  　 　　 （Ｂ）　　　 　に該当する計画数　 　　 （Ａ）　 　　　　に該当する計画数  －  ÷  －  ×100  ＝      ％ | | | | | | | | | | |  |
| ③福祉用具貸与 | 判　定　期　間 | 月 | 月 | 月 | 月 | | | 月 | 月 | | 合　計 | |
| 福祉用具貸与を位置付けた  居宅サービス計画数 |  |  |  |  | | |  |  | | **(Ａ)** | |
| 紹介率最高法人を位置付けた  居宅サービス計画数 |  |  |  |  | | |  |  | | **(Ｂ)** | |
| （Ｂ）／（Ａ）×１００　→ | | | | | | | | | **％** | | |
| 紹介率最高法人の名称 |  | | | | | 代表者名 | |  | | | |
| 〃　　　　　　住所 |  | | | | | | | | | | |
| 〃　　　　事業所名 | ① | | | | ③ | | | | | | |
| ② | | | | ④ | | | | | | |
| ※正当な理由 | ①当該居宅介護支援事業所の運営規程に定める通常の事業の実施地域内に、該当するサービスの事業所が５事業所未満である。※ | | | | | | | | | | |  |
| ②判定期間における各対象サービスを位置づけた居宅サービス計画数が月平均１０件以下である。 | | | | | | | | | | |  |
| ③適切なケアマネジメントを通じ利用者の希望を勘案等した結果、特定の事業者に集中している。  上記の居宅サービス計画数で、**（Ｂ）／（Ａ）×１００が８０％を超えている場合**は、次の計算式により**正当な理由に該当する件数**を除いて再計算してください。  【再計算】  （Ｂ）のうち正当な理由　　　　　　　　　　（Ｂ）のうち正当な理由  　 　　 （Ｂ）　　　 　に該当する計画数　 　　 （Ａ）　 　　　　に該当する計画数  －  ÷  －  ×100  ＝  ％ | | | | | | | | | | |  |
| ④地域密着型通所介護 | 判　定　期　間 | 月 | 月 | 月 | 月 | | | 月 | 月 | | 合　計 | |
| 地域密着型通所介護を位置付けた  居宅サービス計画数 |  |  |  |  | | |  |  | | **(Ａ)** | |
| 紹介率最高法人を位置付けた  居宅サービス計画数 |  |  |  |  | | |  |  | | **(Ｂ)** | |
| （Ｂ）／（Ａ）×１００　→ | | | | | | | | | **％** | | |
| 紹介率最高法人の名称 |  | | | | | 代表者名 | |  | | | |
| 〃　　　　　　住所 |  | | | | | | | | | | |
| 〃　　　　事業所名 | ① | | | | ③ | | | | | | |
| ② | | | | ④ | | | | | | |
| ※正当な理由 | ①当該居宅介護支援事業所の運営規程に定める通常の事業の実施地域内に、該当するサービスの事業所が５事業所未満である。※ | | | | | | | | | | |  |
| ②判定期間における各対象サービスを位置づけた居宅サービス計画数が月平均１０件以下である。 | | | | | | | | | | |  |
| ③適切なケアマネジメントを通じ利用者の希望を勘案等した結果、特定の事業者に集中している。  上記の居宅サービス計画数で、**（Ｂ）／（Ａ）×１００が８０％を超えている場合**は、次の計算式により**正当な理由に該当する件数**を除いて再計算してください。  【再計算】  （Ｂ）のうち正当な理由　　　　　　　　　　（Ｂ）のうち正当な理由  　 　　 （Ｂ）　　　 　に該当する計画数　 　　 （Ａ）　 　　　　に該当する計画数  －  ÷  －  ×100  ＝      ％ | | | | | | | | | | |  |

※　当該居宅介護支援事業所の運営規程に定める通常の事業の実施地域内に、該当するサービスの事業所が５事業所未満であることを正当な理由とする場合は、運営規程の写しを添付すること。

【備考】

・記載欄が足りない場合は、適宜様式を追加（別紙一覧など）して記入すること。

・通所介護と地域密着型通所介護を合わせて計算する場合、地域密着型通所介護の枠内には「―」を記入すること。