

様式1

居宅介護支援費にかかる特定事業所集中減算報告様式

(判定期間) 令和 年度 (前期・後期)

報告事業所名

事業所番号	2	5											
法人名											代表者名		
事業所名													
事業所所在地													
通常の事業の実施地域	※4月1日時点において運営規程に定める地域を記載して下さい。												
担当者名													
連絡先	電話									FAX			
紹介率最高法人を位置付けた計画が80%を	超えない・超えた 正当な理由の申し出 有・無												

※1種類でも紹介率最高法人を位置付けた計画数が全体の計画数の80%を超えている場合、正当な理由の申し出の有無に○して下さい。

紹介率最高法人 【訪問介護】

※1 同一法人である場合、「○(丸)」を記入すること↓

法人名											※1 同一法人		
法人住所	〒												
連絡先	電話									FAX			
代表者名													
事業所名													
紹介率	#DIV/0!	当該サービスを位置付けた計画総数										紹介率最高法人を位置付けた計画数	

【通所介護】

※1 同一法人である場合、「○(丸)」を記入すること↓

法人名											※1 同一法人		
法人住所	〒												
連絡先	電話									FAX			
代表者名													
事業所名													
紹介率	#DIV/0!	当該サービスを位置付けた計画総数										紹介率最高法人を位置付けた計画数	

【地域密着型通所介護】

※1 同一法人である場合、「○(丸)」を記入すること↓

法人名				※1 同一法人	
法人住所	〒				
連絡先	電話		FAX		
代表者名					
事業所名					
紹介率	#DIV/0!	当該サービスを位 置つけた計画総数		紹介率最高法人を位 置つけた計画数	

【福祉用具貸与】

※1 同一法人である場合、「○(丸)」を記入すること↓

法人名				※1 同一法人	
法人住所	〒				
連絡先	電話		FAX		
代表者名					
事業所名					
紹介率	#DIV/0!	当該サービスを位 置つけた計画総数		紹介率最高法人を位 置つけた計画数	