

特定事業所集中減算算定表

令和 年 月 日

匝瑳市長 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  | (〒 - ) |  |  |  |  |     |     |  |  |

|                     |        |             |   |    |    |     |     |     |    |    |   |
|---------------------|--------|-------------|---|----|----|-----|-----|-----|----|----|---|
| 判定期間                | 令和 5 年 | 該当に<br>○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 |        |             |   |    |    |     |     |     |    |    | 0 |

|   |      |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
|---|------|--|--|--|----|----|----|----|----|-------|---|
| サービスの名称 :   |      |  |  |  | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月    | 計 |
| ①当該サービスを位置付けた計画数  |      |  |  |  |    |    |    |    |    |       | 0 |
| ②当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数   |      |  |  |  |    |    |    |    |    |       | 0 |
| ③割合(②÷①×100) ※小数点第1位まで表示  |      |  |  |  |    |    |    |    |    | ##### | % |
| 紹介率最高法人の  | 名称   |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
|   | 住所   |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
|   | 代表者名 |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
|   | 事業所名 |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
| ③の割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合には、別紙判断基準を参照のうえ該当の番号を記載し、必要に応じて添付書類を提出してください。 |      |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
| 正当な理由の番号等:  |      |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |

|   |      |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
|---|------|--|--|--|----|----|----|----|----|-------|---|
| サービスの名称 :   |      |  |  |  | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月    | 計 |
| ①当該サービスを位置付けた計画数  |      |  |  |  |    |    |    |    |    |       | 0 |
| ②当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数   |      |  |  |  |    |    |    |    |    |       | 0 |
| ③割合(②÷①×100) ※小数点第1位まで表示  |      |  |  |  |    |    |    |    |    | ##### | % |
| 紹介率最高法人の  | 名称   |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
|   | 住所   |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
|   | 代表者名 |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
|   | 事業所名 |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
| ③の割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合には、別紙判断基準を参照のうえ該当の番号を記載し、必要に応じて添付書類を提出してください。 |      |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
| 正当な理由の番号等:  |      |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |

|   |      |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
|---|------|--|--|--|----|----|----|----|----|-------|---|
| サービスの名称 :   |      |  |  |  | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月    | 計 |
| ①当該サービスを位置付けた計画数  |      |  |  |  |    |    |    |    |    |       | 0 |
| ②当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数   |      |  |  |  |    |    |    |    |    |       | 0 |
| ③割合(②÷①×100) ※小数点第1位まで表示  |      |  |  |  |    |    |    |    |    | ##### | % |
| 紹介率最高法人の  | 名称   |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
|   | 住所   |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
|   | 代表者名 |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
|   | 事業所名 |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
| ③の割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合には、別紙判断基準を参照のうえ該当の番号を記載し、必要に応じて添付書類を提出してください。 |      |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |
| 正当な理由の番号等:  |      |  |  |  |    |    |    |    |    |       |   |

特定事業所集中減算の算定結果 80%を超えているサービスは **A. ない** **B. ある**

「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。  
「B. ある」の場合は、届出者の欄に記入し、指定の期日までに匝瑳市役所高齢者支援課に提出してください。  
※サービスの種類毎に記載してください。記載欄が不足する場合は、適宜コピーしてください。

算定表記載例

I. 前提

居宅サービス計画(△月、○月、□月、×月、☆月、▽月サービス提供分)

|     |             |      |
|-----|-------------|------|
| zさん | 訪問介護        |      |
|     | 甲法人         |      |
|     | 事業所A        |      |
| yさん | 訪問介護        |      |
|     | 乙法人         |      |
|     | 事業所C        |      |
| xさん | 訪問介護        |      |
|     | 甲法人         |      |
|     | 事業所B        |      |
| wさん | 訪問介護        | 訪問介護 |
|     | 甲法人         | 甲法人  |
|     | 事業所A        | 事業所B |
| vさん | 訪問介護        | 訪問介護 |
|     | 甲法人         | 乙法人  |
|     | 事業所A        | 事業所C |
| uさん | 介護予防訪問介護    |      |
|     | 甲法人         |      |
|     | 事業所A        |      |
| tさん | 通所リハビリテーション |      |
|     | 丙法人         |      |
|     | 事業所D        |      |
| sさん | 訪問介護        |      |
|     | 甲法人         |      |
|     | 事業所A        |      |

|                  |                    |
|------------------|--------------------|
| 居宅サービス計画の総数      | 7(z、y、x、w、v、t、sさん) |
| 訪問介護計画を位置付けた総数   | 6(z、y、x、w、v、sさん)   |
| 甲法人(事業所A + 事業所B) | 5(z、x、w、v、sさん)     |
| 乙法人(事業所C)        | 2(y、vさん)           |

…紹介率最高法人

II. 記載方法

|                     |       |    |    |    |    |    |    |    |
|---------------------|-------|----|----|----|----|----|----|----|
| 判定期間                | 令和 年度 | △月 | ○月 | □月 | ×月 | ☆月 | ▽月 | 計  |
| 判定期間における居宅サービス計画の総数 |       | 7  | 7  | 7  | 7  | 7  | 7  | 42 |

|   |      |             |      |   |   |   |      |   |
|---|------|-------------|------|---|---|---|------|---|
| サービスの名称： 訪問介護   |      |             |      |   |   |   |      |   |
| ①当該サービス等を位置付けた計画数   | 6    | 6           | 6    | 6 | 6 | 6 | 36   |   |
| ②当該サービス等に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数  | 5    | 5           | 5    | 5 | 5 | 5 | 30   |   |
| ③割合(②÷①×100) ※小数点第1位まで表示  |      |             |      |   |   |   | 83.3 | % |
| 紹介率最高法人の  | 名称   | 甲法人         |      |   |   |   |      |   |
|   | 住所   | 千葉県〇〇市～     |      |   |   |   |      |   |
|   | 代表者名 | 代表取締役 〇〇 〇〇 |      |   |   |   |      |   |
|   | 事業所名 | 事業所A        | 事業所B |   |   |   |      |   |
| ③の割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合には、別紙判断基準を参照のうえ該当の番号を記載し、必要に応じて添付書類を提出してください。 |      |             |      |   |   |   |      |   |
| 再計算書あり<br>正当な理由の番号等： 4(2)ア①   |      |             |      |   |   |   |      |   |

再計算が必要なケースの場合、記入してください。

別表「判断基準」の番号等を参照

小数点以下第2位を四捨五入