

居宅介護支援における特定事業所集中減算報告書

平成 年 月 日

山形県知事 殿

所在地

届出者 法人の名称

代表者氏名

印

事業所名称		事業所番号	0	6							
事業所所在地		電話番号									
事業所管理者氏名		FAX番号									

判定期間	平成 年度 (前期 ・ 後期)	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	

居宅サービス計画の総数(要介護1~5、経過的要介護含む)									
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

訪問介護	「訪問介護」を位置づけた居宅サービス計画数								①
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数								②
	紹介率最高法人	法人名							
		法人所在地							
		代表者名							
		事業所名	(1)						(2)
事業所所在地	(1)						(2)		
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)							%	
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①~⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。								

訪問入浴介護	「訪問入浴介護」を位置づけた居宅サービス計画数								①
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数								②
	紹介率最高法人	法人名							
		法人所在地							
		代表者名							
		事業所名	(1)						(2)
事業所所在地	(1)						(2)		
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)							%	
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①~⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。								

訪問看護	「訪問看護」を位置づけた居宅サービス計画数								①
	紹介率最高法人等を位置づけた居宅サービス計画数								②
	紹介率最高法人等	法人等名							
		法人等所在地							
		代表者名							
		事業所名	(1)						(2)
事業所所在地	(1)						(2)		
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)							%	
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①~⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。								

- 注1 この書類は、すべての居宅介護支援事業所が事業所ごとに作成し、判定期間後の算定期間が完結してから5年間保存してください。
- 注2 サービスの種類のうち、※の付いたものは利用期間を定めて行うものに限ります。
- 注3 この書類は、事業所実地指導の際に確認することがあります。
- 注4 欄内に書き切れない場合は、別の紙を利用して書き足してください。
- 注5 紹介率最高法人が3事業所以上の事業所を開設している場合は、紹介数の多い上位2事業所を記載してください。

本届出担当者

職氏名

連絡先 Tel

Fax

事業所名称							事業所番号	0	6								
訪問リハビリテーション	「訪問リハビリテーション」を位置づけた居宅サービス計画数											①					
	紹介率最高法人等を位置づけた居宅サービス計画数											②					
	紹介率最高法人等	法人等名															
		法人等所在地															
		代表者名															
		事業所名	(1)										(2)				
事業所所在地		(1)										(2)					
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)										%						
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①～⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。																
通所介護	「通所介護」を位置づけた居宅サービス計画数											③					
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数											④					
	紹介率最高法人	法人名															
		法人所在地															
		代表者名															
		事業所名	(1)										(2)				
事業所所在地		(1)										(2)					
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)										%						
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①～⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。																
通所リハビリテーション	「通所リハビリテーション」を位置づけた居宅サービス計画数											①					
	紹介率最高法人等を位置づけた居宅サービス計画数											②					
	紹介率最高法人等	法人等名															
		法人等所在地															
		代表者名															
		事業所名	(1)										(2)				
事業所所在地		(1)										(2)					
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)										%						
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①～⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。																
短期入所生活介護	「短期入所生活介護」を位置づけた居宅サービス計画数											①					
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数											②					
	紹介率最高法人	法人名															
		法人所在地															
		代表者名															
		事業所名	(1)										(2)				
事業所所在地		(1)										(2)					
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)										%						
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①～⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。																

事業所名称		事業所番号					0	6						
短期入所療養介護	「短期入所療養介護」を位置づけた居宅サービス計画数										①			
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数										②			
	紹介率最高法人	法人名												
		法人所在地												
		代表者名												
		事業所名	(1)										(2)	
事業所所在地		(1)										(2)		
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)										%			
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①～⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。													
特定施設入居者生活介護※	「特定施設入居者生活介護」を位置づけた居宅サービス計画数										①			
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数										②			
	紹介率最高法人	法人名												
		法人所在地												
		代表者名												
		事業所名	(1)										(2)	
事業所所在地		(1)										(2)		
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)										%			
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①～⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。													
福祉用具貸与	「福祉用具貸与」を位置づけた居宅サービス計画数										⑤			
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数										⑥			
	紹介率最高法人	法人名												
		法人所在地												
		代表者名												
		事業所名	(1)										(2)	
事業所所在地		(1)										(2)		
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)										%			
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①～⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。													
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を位置づけた居宅サービス計画数										①			
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数										②			
	紹介率最高法人	法人名												
		法人所在地												
		代表者名												
		事業所名	(1)										(2)	
事業所所在地		(1)										(2)		
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)										%			
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①～⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。													

事業所名称		事業所番号					
		0	6				
夜間対応型訪問介護	「夜間対応型訪問介護」を位置づけた居宅サービス計画数						①
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数						②
	紹介率最高法人	法人名					
		法人所在地					
		代表者名					
		事業所名	(1)	(2)			
事業所所在地		(1)	(2)				
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)					%	
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①～⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。						
地域密着型通所介護	「地域密着型通所介護」を位置づけた居宅サービス計画数						③
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数						④
	紹介率最高法人	法人名					
		法人所在地					
		代表者名					
		事業所名	(1)	(2)			
事業所所在地		(1)	(2)				
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)					%	
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①～⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。						
認知症対応型通所介護	「認知症対応型通所介護」を位置づけた居宅サービス計画数						①
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数						②
	紹介率最高法人	法人名					
		法人所在地					
		代表者名					
		事業所名	(1)	(2)			
事業所所在地		(1)	(2)				
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)					%	
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①～⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。						
小規模多機能型居宅介護※	「小規模多機能型居宅介護」を位置づけた居宅サービス計画数						①
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数						②
	紹介率最高法人	法人名					
		法人所在地					
		代表者名					
		事業所名	(1)	(2)			
事業所所在地		(1)	(2)				
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)					%	
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①～⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。						

事業所名称		事業所番号		0	6								
認知症対応型共同生活介護※	「認知症対応型共同生活介護」を位置づけた居宅サービス計画数											①	
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数											②	
	紹介率最高法人	法人名											
		法人所在地											
		代表者名											
		事業所名	(1)									(2)	
		事業所所在地	(1)									(2)	
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)										%		
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①～⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。												
地域密着型特定施設入居者生活介護※	「地域密着型特定施設入居者生活介護」を位置づけた居宅サービス計画数											①	
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数											②	
	紹介率最高法人	法人名											
		法人所在地											
		代表者名											
		事業所名	(1)									(2)	
		事業所所在地	(1)									(2)	
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)										%		
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①～⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。												
看護小規模多機能型居宅介護※	「看護小規模多機能型居宅介護」を位置づけた居宅サービス計画数											①	
	紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数											②	
	紹介率最高法人	法人名											
		法人所在地											
		代表者名											
		事業所名	(1)									(2)	
		事業所所在地	(1)									(2)	
紹介率	②÷①×100(小数点第2位以下四捨五入)										%		
正当な理由	紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある(平成27年6月16日付け健長第367号課長通知第1項①～⑤のいずれかに該当する)場合は記入してください。正当な理由の④又は⑤に該当する場合は、その詳細な理由を別紙(様式任意)で提出してください。												