

# 居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る届出書

令和    年    月    日

大田原市長 様

開設（事業）者  
所在地  
名称  
代表者職・氏名

居宅介護支援サービス計画における紹介率最高法人等の状況については、下記のとおりとなりましたので提出します。

事業所番号	0   9
事業所名	
指定年月日	年   月   日
休止・廃止年月日 <small>※休止・廃止した場合のみ記入</small>	年   月   日
事業所住所	大田原市
事業の実施地域 <small>※運営規定に記載の地域を記入</small>	
担当者名・電話番号	

判定期間	令和 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 年度	（前期（後期））		前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計	平均	
		前期	後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月				
①居宅サービス計画の総数													#DIV/0!
訪問介護	②訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数											A	#DIV/0!
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数											B	
	紹介率最高法人の名称												
	住所												
	代表者名												
	事業所名 1（事業所番号）		（            ）										
	事業所名 2（事業所番号）		（            ）										
	④割合（B÷A×100）		単位：％										
⑤80%を超えている場合の理由（「正当な理由」の判断基準に基づき、該当番号を記入すること）												番号	
通所介護（地域密着型通所介護を含む）	②通所介護（地域密着型通所介護を含む）を位置付けた居宅サービス計画数											C	#DIV/0!
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数											D	
	紹介率最高法人の名称												
	住所												
	代表者名												
	事業所名 1（事業所番号）		（            ）										
	事業所名 2（事業所番号）		（            ）										
	④割合（D÷C×100）		単位：％										
⑤80%を超えている場合の理由（「正当な理由」の判断基準に基づき、該当番号を記入すること）												番号	
福祉用具貸与	②福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数											E	#DIV/0!
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数											F	
	紹介率最高法人の名称												
	住所												
	代表者名												
	事業所名 1（事業所番号）		（            ）										
	事業所名 2（事業所番号）		（            ）										
	④割合（F÷E×100）		単位：％										
⑤80%を超えている場合の理由（「正当な理由」の判断基準に基づき、該当番号を記入すること）												番号	

(下表)	
1	居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域に、訪問介護サービス等が、サービスごとでみた場合に5事業所未満である
2	特別地域居宅介護支援加算を算定している
3	判定期間中の1月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下である
4	判定期間中に各サービスを位置付けた計画件数が、サービスごとでみた場合に1月当たり平均10件以下である
5	サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合
	① 利用者から質が高いことを理由に当該サービスを利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、地域ケア会議等に当該利用者の居宅サービス計画を提出し、支援内容の意見・助言を受けている
	② 訪問介護事業所で、特定事業所加算Ⅰを算定している
	③ 通所介護事業所(地域密着型通所介護事業所を含む)で、認知症加算を算定している
	④ 通所介護事業所(地域密着型通所介護事業所を含む)で、中重度者ケア体制加算を算定している

【届出書の作成にあたっての留意事項】

- (1) 太枠内 **青セル** 部分に入力してください。( **黄セル** 部分は自動計算されます。)
- (2) この届出書は、80%を超えなかった場合もすべての居宅介護支援事業所が作成し、5年間保存してください。
- (3) 事業所ごとに作成してください。法人単位ではありません。
- (4) 紹介率最高法人の事業所が3つ以上ある場合は、3事業所目からは別紙に記入してください。
- (5) いずれかのサービスにおいて割合が80%を超えたときは、この届出書を提出してください。(全ページです。両面印刷可。)
- ※ 80%を超えている場合の理由が下表5①に該当する場合、以下の書類を添付してください。
- ・5①: 利用者の理由書及び地域ケア会議等で受けた意見・助言の内容を記載した書類
- ※ 80%を超えている場合の理由が5①以外の場合であっても、挙証資料の整備・保管は必要です。  
 実地指導において確認するほか、必要に応じて提出を求めることがあります。
- ※ **減算の適用の有無が変更になる場合は、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」の提出も必要です。**
- (6) 提出期限は、前期は9月15日、後期は3月15日です。
- ※ 太枠内の網掛けされている箇所にご記入ください。

居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る届出書

記入例

令和 4 年 3 月 1 日

大田原市長 様

事業所の法人所在地・名称・代表者職・氏名を記入します。押印は不要です。

開設(事業)者  
所在地 栃木県大田原市本町1丁目4番1号  
名称 株式会社大田原介護  
代表者職・氏名 代表取締役 大田原 太郎

居宅介護支援サービス計画における紹介率最高法人等の状況については、下記のとおりとなりましたので提出します。

事業所番号	0 9 0 1 2 3 4 5 6 7
事業所名	ケアプラン大田原本町
指定年月日	平成 27 年 4 月 1 日
休止・廃止年月日	※休止・廃止した場合のみ記入 年 月 日
事業所住所	栃木県大田原市本町1丁目〇番〇号
事業の実施地域	※運営規定に記載の地域を記入
担当者名・電話番号	大田原 太郎・0287-**-****

判定期間	令和 3 年度	（前期・後期）		前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計	平均								
		前期	後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月											
①居宅サービス計画の総数													22	21	21	23	22	20	129	21.5
訪問介護	②訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数												10	11	9	9	10	10	59	A 9.83333
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数												9	10	9	8	9	9	54	B
	紹介率最高法人の名称												株式会社大田原介護							
	住所												栃木県大田原市本町1丁目〇番〇号							
	代表者名												大田原 太郎							
	事業所名1(事業所番号)												訪問介護大田原			(0911111111)				
	事業所名2(事業所番号)												訪問介護大田原西			(0922222222)				
	④割合 (B÷A×100) 単位: %												91.6%							
⑤80%を超えている場合の理由(「正当な理由」の判断基準に基づき、該当番号を記入すること)												番号 4								
通所介護(地域密着型通所介護を含む)	②通所介護(地域密着型通所介護を含む)を位置付けた居宅サービス計画数												9	8	10	9	9	10	55	C 9.16667
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数												8	8	9	9	8	8	50	D
	紹介率最高法人の名称												株式会社デイサービス大田原							
	住所												栃木県大田原市本町1丁目〇番〇号							
	代表者名												大田原 二郎							
	事業所名1(事業所番号)												デイサービス大田原			(0933333333)				
	事業所名2(事業所番号)												( )							
	④割合 (D÷C×100) 単位: %												91.0%							
⑤80%を超えている場合の理由(「正当な理由」の判断基準に基づき、該当番号を記入すること)												番号 4								
福祉用具貸与	②福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数												20	19	19	21	21	19	119	E 19.8333
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数												15	15	15	15	15	14	89	F
	紹介率最高法人の名称												有限会社福祉用具大田原							
	住所												栃木県大田原市本町1丁目〇番〇号							
	代表者名												大田原 三郎							
	事業所名1(事業所番号)												福祉用具大田原			(0944444444)				
	事業所名2(事業所番号)												( )							
	④割合 (F÷E×100) 単位: %												74.8%							
⑤80%を超えている場合の理由(「正当な理由」の判断基準に基づき、該当番号を記入すること)												番号								

(下表)	
1	居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域に、訪問介護サービス等が、サービスごとでみた場合に5事業所未満である
2	特別地域居宅介護支援加算を算定している
3	判定期間中の1月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下である
4	判定期間中に各サービスを位置付けた計画件数が、サービスごとでみた場合に1月当たり平均10件以下である
5	サービスの質が高いことによる利用者の希望を勧案した場合
	① 利用者から質が高いことを理由に当該サービスを利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、地域ケア会議等に当該利用者の居宅サービス計画を提出し、支援内容の意見・助言を受けている
	② 訪問介護事業所で、特定事業所加算 I を算定している
	③ 通所介護事業所(地域密着型通所介護事業所を含む)で、認知症加算を算定している
	④ 通所介護事業所(地域密着型通所介護事業所を含む)で、中重度者ケア体制加算を算定している

# 居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る届出書 別紙

紹介率最高法人の事業所が3つ以上ある場合はこの別紙に記入してください。

事業所番号	0	9							
事業所名									
事業所住所									
担当者名・電話番号									

判定期間	令和		年度	( 前期・後期 )	※ 該当する期間に○をつけてください。
------	----	--	----	-----------	---------------------

	③紹介率最高法人の名称 ..... 住所 ..... 代表者名 ..... 事業所名3 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名4 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名5 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名6 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名7 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名8 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名9 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名10 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名11 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名12 (事業所番号) ..... ( )	
	③紹介率最高法人の名称 ..... 住所 ..... 代表者名 ..... 事業所名3 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名4 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名5 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名6 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名7 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名8 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名9 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名10 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名11 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名12 (事業所番号) ..... ( )	
	③紹介率最高法人の名称 ..... 住所 ..... 代表者名 ..... 事業所名3 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名4 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名5 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名6 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名7 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名8 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名9 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名10 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名11 (事業所番号) ..... ( ) 事業所名12 (事業所番号) ..... ( )	