特定事業所集中減算算定結果報告書（　　　年度前期分）

　　年　　月　　日

富士河口湖町長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | | | 法人所在地 | | | |  | | | | | |  |
|  | | | 法人名称 | | | |  | | | | | |  |
|  | | | 代表者の職・氏名 | | | | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 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 | | １ | ９ |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  | | 適用開始年月日 | | 年　月　日 | | |
| 記載担当者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ８０％超過の有無 | | **１　あり**　　判定結果が**８０％を超えた場合**は町へ報告が必要。→報告期限：9月15日  　　　　　　 　 報告は、本用紙に①「計算書(算定根拠書類)」、②「別紙正当な理由の範囲」を添付する。  **２　なし** [ なしの場合は本用紙に①「計算書(算定根拠書類)」を添付し、事業所で２年間保存する。 ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**▼〔判定期間における居宅サービス計画数（介護予防サービス計画数は含まない）〕**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 合計 | 月平均 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**▼〔紹介率最高法人名等〕**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１　訪　問　介　護** | | | 3月 | 4月 | | 5月 | 6月 | 7月 | | 8月 | | 計 |
| ①訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数 | | |  |  |  | |  |  | |  | |  |
| ②訪問介護に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数 | | |  |  |  | |  |  | |  | |  |
| ③割合（②÷①×１００）※小数点第2位切り捨て　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　％ | | | | | | | | | | | | |
| 紹介率最高法人 | 名称 |  | | | | | | | | | | |
| 代表者 |  | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所名1 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所名2 | ※必要時記載及び追加 | | | | | | | | | | |
| **２　通　所　介　護(地域密着型通所介護含む)** | | | 3月 | 4月 | | 5月 | 6月 | | 7月 | | 8月 | 計 |
| ①訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数 | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |
| ②福祉用具貸与に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数 | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |
| ③割合（②÷①×１００）※小数点第2位切り捨て　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　％ | | | | | | | | | | | | |
| 紹介率最高法人 | 名称 |  | | | | | | | | | | |
| 代表者 |  | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所名1 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所名2 | ※必要時記載及び追加 | | | | | | | | | | |
| **３　福　祉　用　具　貸　与** | | | 3月 | 4月 | | 5月 | 6月 | | 7月 | | 8月 | 計 |
| ①通所介護を位置付けた居宅サービス計画数 | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |
| ②通所介護に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数 | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |
| ③割合（②÷①×１００）※小数点第2位切り捨て　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　％ | | | | | | | | | | | | |
| 紹介率最高法人 | 名称 |  | | | | | | | | | | |
| 代表者 |  | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所名1 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所名2 | ※必要時記載及び追加 | | | | | | | | | | |