様式１

居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る判定書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業所番号 | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| 指定居宅介護支援  事業所 | | 名　称 | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | |
| 判定期間 | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 判定期間における  居宅サービス計画の総数 | | 件 | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | 訪問介護 | 通所介護 | | | | 福祉用具貸与 | | | | | 地域密着型  通所介護(※) | | | |
| ①居宅サービス計画数 | | 件 | 件 | | | | 件 | | | | | 件 | | | |
| ②紹介率最高法人が  位置付けられた  居宅サービス計画数 | | 件 | 件 | | | | 件 | | | | | 件 | | | |
| 紹 介 率 最 高 法 人 | 名称 |  |  | | | |  | | | | |  | | | |
| 所在地 |  |  | | | |  | | | | |  | | | |
| 代表者氏名 |  |  | | | |  | | | | |  | | | |
| 事業所名 |  |  | | | |  | | | | |  | | | |
| ①のうち、  ②の占める割合 | | ％ | ％ | | | | ％ | | | | | ％ | | | |
| ①のうち、②の占める割合が80％を超えている場合の正当な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | |

※平成２８年４月１日以降平成３０年３月３１日までの間に作成される居宅サービス計画について特定事業所集中減算の適用を判定するに当たっては、通所介護及び地域密着通所介護（以下「通所介護等」という。）のそれぞれについて計算するのではなく、通所介護等のいずれか又は双方を位置づけた居宅サービス計画数を算出し、通所介護等について最もその照会件数の多い法人を位置づけた居宅サービス計画の数の占める割合を計算することとして差し支えない。