様式１

令和　　年　　月　　日

　加須市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　法人所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　法人名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

居宅介護支援事業所における特定事業所集中減算の届出について（令和 年度　期）

　このことについて、令和 年 月から令和 年 月の状況を別紙のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事  業  所  の  状  況 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 電 話 | - - | | | | | | | | | ＦＡＸ | | | - - |
| 事業者番号 | | １ | １ |  |  |  |  |  |  |  | |  | ←居宅介護支援事業所の番号を記載 | |

|  |
| --- |
| □　①　居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域に訪問介護サービス等が各  　　　　事業所でみた場合に５事業所未満である  　□　②　特別地域居宅介護支援加算を受けている  　□　③　判定期間の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　対象サービスを位置づけているプランがサービス種類ごとでみた場合に  　　　　１ヶ月あたりの平均で１０件以下である  　□　⑤　サービスごとでみた場合に利用者の日常生活圏域内にサービス事業所が  　　　　５事業所未満である  　□　⑥　その他の「正当な理由」  ※　「正当な理由」にあたる根拠を示し客観的・具体的に記載してください。  　　また、それを証明する客観的資料を合わせて提出してください。 |

□　紹介率最高法人が８０％を超えた「正当な理由」は下記のとおりですので、減算の有無の判定をお願いします。