

特定事業所集中減算に関する届出書
(平成27年度 前期・後期)

平成 年 月 日

石川県知事 谷本 正憲 殿

届出者 所在地
名称
代表者の職・氏名

印

特定事業所集中減算に係る算定結果は以下のとおりです。

事業所	フリガナ 名称			
	事業所の所在地	(郵便番号 -)		
	事業所電話番号	FAX番号		
	事業所番号	17	担当者名	

判定期間 平成27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		
① 居宅サービス計画の総数										
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
	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									
	事業所名2									
④ 割合 (B ÷ A × 100) 単位: %										
⑤ 80%を超えている場合の理由										
訪問入浴	② 訪問入浴を位置付けた居宅サービス計画数									A
	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									
	事業所名2									
④ 割合 (B ÷ A × 100) 単位: %										
⑤ 80%を超えている場合の理由										
訪問看護	② 訪問看護を位置付けた居宅サービス計画数									A
	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									
	事業所名2									
④ 割合 (B ÷ A × 100) 単位: %										
⑤ 80%を超えている場合の理由										

訪問 リハ ビリ テー シ ョ ン	②訪問リハビリテーションを位置付けた居宅サービス計画数								A
	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								
	事業所名2								
	④割合(B÷A×100)	単位:%							
	⑤80%を超えている場合の理由								
通所 介 護	②通所介護を位置付けた居宅サービス計画数								A
	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								
	事業所名2								
	④割合(B÷A×100)	単位:%							
	⑤80%を超えている場合の理由								
通所 リハ ビリ テー シ ョ ン	②通所リハビリテーションを位置付けた居宅サービス計画数								A
	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								
	事業所名2								
	④割合(B÷A×100)	単位:%							
	⑤80%を超えている場合の理由								
短 期 入 所 生 活 介 護	②短期入所生活介護を位置付けた居宅サービス計画数								A
	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								
	事業所名2								
	④割合(B÷A×100)	単位:%							
	⑤80%を超えている場合の理由								
短 期 入 所 療 養 介 護	②短期入所療養介護を位置付けた居宅サービス計画数								A
	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								
	事業所名2								
	④割合(B÷A×100)	単位:%							
	⑤80%を超えている場合の理由								

特定施設入居者生活介護*	②特定施設入居者生活介護*を位置付けた居宅サービス計画数									A	
	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 事業所名2										
	④割合(B÷A×100)									単位:%	
	⑤80%を超えている場合の理由										
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									A	
	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 事業所名2										
	④割合(B÷A×100)									単位:%	
	⑤80%を超えている場合の理由										
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	②定期巡回・随時対応型訪問介護看護を位置付けた居宅サービス計画数									A	
	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 事業所名2										
	④割合(B÷A×100)									単位:%	
	⑤80%を超えている場合の理由										
夜間対応型訪問介護	②夜間対応型訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数									A	
	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 事業所名2										
	④割合(B÷A×100)									単位:%	
	⑤80%を超えている場合の理由										
認知症対応型通所介護	②認知症対応型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数									A	
	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 事業所名2										
	④割合(B÷A×100)									単位:%	
	⑤80%を超えている場合の理由										

小規模多機能型居宅介護*	②小規模多機能型居宅介護*を位置付けた居宅サービス計画数								A
	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								
	事業所名2								
	④割合(B÷A×100)	単位:%							
	⑤80%を超えている場合の理由								
認知症対応型共同生活介護*	②認知症対応型共同生活介護*を位置付けた居宅サービス計画数								A
	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								
	事業所名2								
	④割合(B÷A×100)	単位:%							
	⑤80%を超えている場合の理由								
地域密着型特定施設入居者生活介護*	②地域密着型特定施設入居者生活介護*を位置付けた居宅サービス計画数								A
	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								
	事業所名2								
	④割合(B÷A×100)	単位:%							
	⑤80%を超えている場合の理由								
看護小規模多機能型居宅介護*	②看護小規模多機能型居宅介護*を位置付けた居宅サービス計画数								A
	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								
	事業所名2								
	④割合(B÷A×100)	単位:%							
	⑤80%を超えている場合の理由								

※1 前期とは、3月1日から8月末日まで

※2 後期とは、9月1日から2月末日まで

※3 いずれかのサービスの割合が80%を超えているときは、この書類を石川県に提出してください。

※4 提出期限(前期は9月15日、後期は3月15日)までに提出してください(郵送可)。

※5 この書類はすべての居宅介護支援事業所が作成し、2年間保存する必要があります。

※6 欄内に書き切れないときは、別の紙を利用して書き足してください。

※7 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。

※8 ⑤に記載された理由が正当な理由に該当するかどうかは、石川県が適正に判断します。

※9 サービス名に「*」がついているものについては、利用期間を定めて行うものに限りです。

※10 提出される場合、該当するサービス箇所のみ提出していただきます。