様式１

　　年　　月　　日

　鴻巣市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　法人所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　法人名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

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（　　 年度　期）

　このことについて、　　 年 月から　　 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　サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合　□　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。