

居宅介護支援における特定事業所集中減算チェックシート（提出用）兼 保存用）

平成31年3月14日

寝屋川市長 様

① 寝屋川市内の事業所は寝屋川市の様式で作成してください。

法人名	株式会社 寝屋川		② 法人代表者印を押印してください。	
法人代表者の職・氏名	代表取締役・寝屋川 花子		印	
事業所番号	2	7	0	0
事業所名	寝屋川ケアプランセンター			
記入者の職・氏名	管理者・香里園 太郎			
事業所住所	③ 年度及び判定期間をリストから選択してください。			
電話番号	2-000-0000			

④ 月ごとの居宅サービス計画数を入力してください。「合計」と「C)割合」は自動で表示されます。

令和元年度	判定期間	前期（3月～8月）	3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
後期		後期（9月～2月）	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計

訪問介護	A)訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数		9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計
			35	35	35	35	35	35	210
	B)下記の紹介率最高法人が運営する事業所が位置付けられた居宅サービス計画数		32	32	32	32	32	32	192
	C)割合（Bの合計 ÷ Aの合計 × 100（単位：％））		91.5%						
	D)紹介率最高法人及び居宅サービス計画に位置付けた当法人が運営する事業所	法人の名称	株式会社 寝屋川						
	法人の住所	寝屋川市池田西町28番22号							
	事業所名 1（事業所番号）	寝屋川ヘルパーステーション							
	事業所名 2（事業所番号）	香里園ヘルパーステーション							
	事業所名 3（事業所番号）	⑥ 紹介率最高法人が運営する事業所（居宅サービス計画に位置付けている）を記載してください。							
	事業所名 4（事業所番号）								
E)80%を超えている場合の正当な理由を別表の①～⑥から選択してください		⑥							

⑤ 割合は小数点第2位切り上げ

- ⑦ 80パーセントを超えている場合、正当な理由をリストから選択してください。
- ※ 正当な理由の「③」を選択した場合、チェックシートの一番下の「判定期間の居宅サービス計画件数」を記載してください。
- ※ 正当な理由の「⑤」又は「⑥」を選択した場合、【正当な理由「⑤」又は「⑥」計算シート】を作成してください。

- ※ 1 判定期間の前期は、3月1日から8月末日まで、後期は9月1日から2月末日までの期間をいいます。
- ※ 2 いずれかのサービスの割合が80%を超えているときは、この書類と返信用封筒1枚（切手貼付、宛名記載）を、寝屋川市福祉部福祉総務課に提出してください。（郵送可）
返信用封筒は長形3号又は洋形長3号に82円切手を貼付の上、事業所の郵便番号・住所・事業所名等宛先を記載してください。
- ※ 3 正当な理由の⑤又は⑥に該当する場合は、当該理由に該当していることが分かる書類と【正当理由「⑤」又は「⑥」計算シート】を併せて提出してください。
（当該理由に該当している利用者全員分の書類を提出してください。）
支援経過等、既存の記録の写しを提出する場合は原本証明は不要です。既存の記録を使用しない場合は、理由書（様式は任意）を作成し、提出してください。
- ※ 4 提出期限は前期は9月15日、後期は3月15日です。
- ※ 5 この書類は、2年間保存する必要があります。（紹介率が80%を超えていない場合でも作成・保存が必要です。）
- ※ 6 チェックシートは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。
- ※ 7 80%を超えている場合の正当な理由として認められる事例については、指定権者ごとに異なります。
寝屋川市所在の居宅介護支援事業所については、当様式を使用してください。
記載された理由が正当な理由に該当するかどうかは、寝屋川市が判断します。

正当な理由一覧の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件以下であるなど事業所が小規模である場合」を選択した場合に記入

	9月	10月	11月	12月	1月	2月	平均
判定期間の居宅サービス計画件数							

