

特定事業所集中減算算定表

年 月 日

(宛先)市川市長

法人所在地
届出者 法人名称
代表者の職・氏名

事業所番号					電話	()		
事業所	ふりがな					FAX	()	
	名称							
	所在地	(〒 -)						

判定期間	令和 年	該当に ○をする	前期 後期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
				9月	10月	11月	12月	1月	2月	
判定期間における居宅サービス計画の総数										

サービスの名称 :

①当該サービスを位置付けた計画数								
②当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数								
③割合(②÷①×100) ※小数点第2位切り上げ								%

紹介率最高法人の	名称	
	所在地	
	代表者名	
	事業所名	

③の割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合には、判断基準を参照のうえ該当の番号を記載し、必要に応じて添付書類を提出してください。

正当な理由の番号:

サービスの名称 :

①当該サービスを位置付けた計画数								
②当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数								
③割合(②÷①×100) ※小数点第2位切り上げ								%

紹介率最高法人の	名称	
	所在地	
	代表者名	
	事業所名	

③の割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合には、判断基準を参照のうえ該当の番号を記載し、必要に応じて添付書類を提出してください。

正当な理由の番号:

サービスの名称 :

①当該サービスを位置付けた計画数								
②当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数								
③割合(②÷①×100) ※小数点第2位切り上げ								%

紹介率最高法人の	名称	
	所在地	
	代表者名	
	事業所名	

③の割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合には、判断基準を参照のうえ該当の番号を記載し、必要に応じて添付書類を提出してください。

正当な理由の番号:

特定事業所集中減算の算定結果 80%を超えているサービスは A. ない B. ある

「A. ない」の場合は、本用紙を事業所で2年間保存してください。
 「B. ある」の場合は、届出者の欄に記入し、指定の期日までに市川市に提出してください。
 ※サービスの種類毎に記載してください。記載欄が不足する場合は、適宜コピーしてください。