

朝霞市長 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（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	フリガナ												
	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	

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。

<input type="checkbox"/> 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各事業所でみた場合に5事業所未満である <input type="checkbox"/> ② 特別地域居宅介護支援加算を受けている <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。
