

# 特定事業所集中減算届出書

令和3年9月1日

(宛先) 上越市長

法人の住所・名称・代表者を記載する。

届出者 法人所在地 上越市木田1-1-3  
 法人名称 株式会社 ○○  
 代表者の職・氏名 代表取締役 ○○ ○○

特定事業所集中減算の判定結果について届出をします。

事業所名称	ケアプラン上越			事業者番号	15○○○○○○○○	
所在地	〒 943-8601	上越市木田1-1-3			正当な理由⑥の場合は、当該計画を除いて再計算した別紙1-2を添付する	
担当者氏名	○○ ○○			電話番号	025-	
80%を超えた法人の有無	訪問介護	有	無	正当な理由の有無	有	無
	通所介護	有	無		有	無
	福祉用具貸与	有	無		有	無
	地域密着型通所介護	有	無		有	無
						⑥
						⑦
						正当な理由の該当番号は「別添1」令和2年度の取扱いを参照すること。

1 判定期間における居宅サービス総計画数 予防支援は含まない。

令和3年3月	令和3年4月	令和3年5月	令和3年6月	令和3年7月	令和3年8月	合計
件	件	件	件	件	件	0 件

半期の平均計画数

↓80%を超えないサービスについても、全て記載して下さい。↓

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

## 2 訪問介護

訪問介護を位置づけた計画件数	サービス事業所法人名	高田有限会社	社会福祉法人○○会	法人名を記載する。事業所名ではない。A法人で2カ所以上の事業所があれば、合算して記載する。	
3 年 3 月	法人ごとの居宅サービス件数			利用の多い法人から6法人までの記載とする。	
3 年 4 月		21	19		3
3 年 5 月		20	18		3
3 年 6 月		20	19		2
3 年 7 月		23	21		3
3 年 8 月		19	18		2
合計(件数) a	126件	計(件数) b	95	13	
月平均件数	21件	b/a(%)	91.3	13.5	

紹介率が80%を超えた場合の、訪問介護事業所名等	ケアプラン上越 高田有限会社訪問介護事業所 高田有限会社ヘルパーステーション	上越市、妙高市 上越市、妙高市 上越市	正当な理由②に該当する場合は、居宅介護支援事業所とサービス事業所の通常の事業の実施地域も記載する。
--------------------------	--	---------------------------	---

～以下省略～