

【様式1】

特定事業所集中減算 チェックシート (提出用 兼 保存用)

No.1

令和 年 月 日

四日市市長 あて

法人名												
法人住所・電話番号												
代表者の職種・氏名												
事業所番号		2	4									
事業所名												
事業所住所・電話番号												
事業所管理者氏名												
判定期間 令和 年度 (前期 ・ 後期)		前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月			計	
		後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月				
①居宅サービス計画の総数												
訪問介護	②訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数										A	
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										B	
	紹介率最高法人の名称											
	住所											
	事業所名 1											
	事業所名 2											
	④割合 (B ÷ A × 100)	単位 : %										
	⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。											
	通所介護	②通所介護を位置付けた居宅サービス計画数										C
		③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										D
紹介率最高法人の名称												
住所												
事業所名 1												
事業所名 2												
④割合 (D ÷ C × 100)		単位 : %										
⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。												
地域密着型通所介護		②地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数										E
		③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										F
	紹介率最高法人の名称											
	住所											
	事業所名 1											
	事業所名 2											
	④割合 (F ÷ E × 100)	単位 : %										
	⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。											

事業所名	
------	--

判定期間	令和	年度（前期・後期）	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
			後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月	
福祉用具貸与	②福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数									G
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									H
	紹介率最高法人の名称									
	住所									
	事業所名 1									
事業所名 2										
④割合（ $H \div G \times 100$ ）		単位：%								
⑤80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。										

- ※1 前期とは、3月1日から8月末日まで。
- ※2 後期とは、9月1日から2月末日まで。
- ※3 80%を超えた場合は、この書類を四日市市役所に提出してください。
- ※4 提出期限(前期は9月15日、後期は3月15日)までに提出してください。
- ※5 この書類はすべての居宅介護支援事業所が作成し、2年間保存する必要があります。
- ※6 欄内に書き切れないときは、別の紙を利用して書き足してください。
- ※7 指定居宅介護支援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。
- ※8 介護予防給付者は件数に含めないでください。
- ※9 通所介護に地域密着型通所介護を含んで算出しても構いません。

【様式3】

居宅サービス事業所の選択に関する説明に係る確認書

居宅介護支援事業所が記載) ※当確認書はサービス種別ごとに作成してください。

1 サービス名： ・訪問介護 ・通所介護 ・地域密着型通所介護 ・福祉用具貸与
(該当に○)

2 利用者がサービス事業所を選択する主な理由： 新規 ・ 区分変更 ・ 更新

3 説明を受けた居宅サービス事業所名等

	事業所番号	事業所名	法人名
1			
2			
3			
4			
5			

- ※ 少なくとも3事業所はご記入ください。
- ※ 欄が不足する場合は、別紙としてください。
- ※ 利用者が選択した事業所の番号に、○印を付けてください。

4 説明に使用した資料 (○印をつけてください。)

- 1. 指定居宅介護支援事業所が作成した説明資料
- 2. 市町が発行する事業所一覧表
- 3. 介護サービス情報公表システム
- 4. 各サービス事業所のパンフレット
- 5. その他 ()

5 説明日： 令和 年 月 日

6 説明者： 介護支援専門員氏名

7 利用者の確認：

私は、上記の居宅サービスの提供を受けるに当たり、3に記載の事業所を紹介され、比較検討した結果、事業所を選択しました。

令和 年 月 日

利用者氏名： _____ 印 又は 署名

※1～6までは、居宅介護支援事業所が記載してください。

※作成後は居宅介護支援事業所で保管し、市から依頼があった時に提示又は写しを提出してください。

【様式4】

理由⑤該当者一覧表

法人名			
事業所名			
事業所番号			
判定期間	令和	年度	期分（前期・後期をご記入ください）

※当該判定期間中に新規・区分変更・更新した利用者で「正当な理由⑤」に該当する利用者をご記入ください。

※後日、事業所で保管してみえる該当者の確認書(様式3)のコピー等を追加資料として提出していただくことがあります。

※欄が不足する場合はコピー等で作成してください。

※通所介護に地域密着型通所介護を含んで算出しても構いません。

	該当者(利用者)名	新規・区分変更・更新の別	該当するサービス種別(○を記入)			
			訪問介護	通所介護	地域密着型通所介護	用具貸与
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

【様式1】

特定事業所集中減算 チェックシート (提出用 兼 保存用) 記載例-1

No.1

令和 3 年 9 月 1 日

四日市市長 あて

法人名	社会福祉法人●●会
法人住所・電話番号	××市××町××番地 Tel ×××-×××-××××
代表者の職種・氏名	理事長 四日市 一郎
事業所番号	2 4 × × × × × × × ×
事業所名	ケアプランセンター 長寿
事業所住所・電話番号	四日市市××町××番地 Tel ×××-×××-××××
事業所管理者氏名	介護 花子

判定期間	令和 年度 (前期) ・ 後期)	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計	
		後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月		
①居宅サービス計画の総数			80	90	80	90	80	90	510	
訪	②訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数		40	45	40	45	40	45	255 A	
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数		40	40	40	30	20	20	190 B	
問	紹介率最高法人の名称	NPO法人四日市								
	住所	××市××町××番地								
	事業所名 1	四日市ヘルパーステーション								
	事業所名 2	四日市ヘルパーステーション南								
介	④割合 (B ÷ A × 100)		単位 : %						74.5	
	⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。									
護	②通所介護を位置付けた居宅サービス計画数		20	20	20	30	30	30	150 C	
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数		10	10	10	15	15	15	75 D	
所	紹介率最高法人の名称	NPO法人 津庁舎								
	住所	××市××町××番								
	事業所名 1	デイサービス津庁舎								
	事業所名 2									
介	④割合 (D ÷ C × 100)		単位 : %						50	
	⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。									
地	②地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数		30	30	30	10	10	10	120 E	
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数		20	20	20	5	5	5	75 F	
域	紹介率最高法人の名称	NPO法人四日市								
	住所	××市××町××番地								
	事業所名 1	地域密着型通所介護デイサービス四日市								
	事業所名 2	デイサービス四日市北								
所	④割合 (F ÷ E × 100)		単位 : %						62.5	
	⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。									
護										

同一法人の事業所が複数該当する場合、例のとおりそれぞれ事業所名1、2を記載してください

通所介護と地域密着型通所介護の計画数を合算して記載することも可能です。合算しない場合は地域密着型通所介護欄に、別途記載してください。

事業所名	ケアプランセンター 長寿
------	--------------

判定期間	令和2年度 (前期 ・ 後期)	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
		後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月	
福祉用具貸与	②福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数								0 G
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数								H
	紹介率最高法人の名称	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">該当なし</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 5px 0;">判定期間中に該当計画がない場合、②欄計に「0」とするか、当欄に「該当なし」と記載してください。</p> </div>							
	住所								
	事業所名 1								
事業所名 2									
④割合 (H÷G×100)								単位：%	0
⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。									

- ※1 前期とは、3月1日から8月末日まで。
- ※2 後期とは、9月1日から2月末日まで。
- ※3 80%を超えた場合は、この書類を四日市市役所に提出してください。
- ※4 提出期限(前期は9月15日、後期は3月15日)までに提出してください。
- ※5 この書類はすべての居宅介護支援事業所が作成し、2年間保存する必要があります。
- ※6 欄内に書き切れないときは、別の紙を利用して書き足してください。
- ※7 指定居宅介護支援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。
- ※8 介護予防給付者は件数に含めないでください。
- ※9 通所介護に地域密着型通所介護を含んで算出しても構いません。

【様式1】

特定事業所集中減算 チェックシート（ 提出用 兼 保存用 ） 記載例-2 No.1

令和 3年 9月 1日

四日市市長 あて

法人名	社会福祉法人●●会
法人住所・電話番号	××市××町××番地 Tel ×××-×××-××××
代表者の職種・氏名	理事長 四日市 一郎
事業所番号	2 4 × × × × × × × ×
事業所名	ケアプランセンター 長寿
事業所住所・電話番号	四日市市××町××番地 Tel ×××-×××-××××
事業所管理者氏名	介護 花子

判定期間	令和 年度 (前期) ・ 後期)	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
		後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月	
①居宅サービス計画の総数			80	90	80	90	80	90	510
訪問介護	②訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数		30	30	30	30	30	30	180 A
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数		25	25	25	25	25	25	150 B
	紹介率最高法人の名称	社会福祉法人●●福							
	住所	××市××町××番							
	事業所名 1	ヘルパーステーション							
事業所名 2	ヘルパーステーション 四日市南								
④割合 (B ÷ A × 100)			単位 : %						83.3
⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。									
通所介護	②通所介護を位置付けた居宅サービス計画数		20	20	20	30	30	30	150 C
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数		10	10	10	15	15	15	75 D
	紹介率最高法人の名称	NPO法人 津庁舎							
	住所	××市××町××番							
	事業所名 1	デイサービス津庁舎							
事業所名 2									
④割合 (D ÷ C × 100)			単位 : %						50
⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。									
地域密着型通所介護	②地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数								E
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数								F
	紹介率最高法人の名称								
	住所								
	事業所名 1								
事業所名 2									
④割合 (F ÷ E × 100)			単位 : %						
⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。									

80%を超えているので「正当な理由」がないと居宅介護支援費すべてにおいて減算となります

通所介護と地域密着型通所介護の計画数を合算して記載することも可能です。合算しない場合は地域密着型通所介護欄に、別途記載してください。

事業所名	ケアプランセンター 長寿
------	--------------

判定期間	令和2年度 (前期) ・ 後期)	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
		後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月	
福祉用具貸与	②福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数		5	5	5	5	5	5	30 G
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数		5	5	5	5	5	5	30 H
	紹介率最高法人の名称	株式会社▲							
	住所	××市××							
	事業所名 1	福祉レンタル							
	事業所名 2								
	④割合 (H÷G×100)	単位：%							100
	⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。								

80%を超えているので正当な理由が必要です
(ただし、この例の場合、平均サービス計画数が10件以下のため、理由④が該当します)

- ※1 前期とは、3月1日から8月末日まで。
- ※2 後期とは、9月1日から2月末日まで。
- ※3 80%を超えた場合は、この書類を四日市市役所に提出してください。
- ※4 提出期限(前期は9月15日、後期は3月15日)までに提出してください。
- ※5 この書類はすべての居宅介護支援事業所が作成し、2年間保存する必要があります。
- ※6 欄内に書き切れないときは、別の紙を利用して書き足してください。
- ※7 指定居宅介護支援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。
- ※8 介護予防給付者は件数に含めないでください。
- ※9 通所介護に地域密着型通所介護を含んで算出しても構いません。

居宅サービス事業所の選択に関する説明に係る確認書

居宅介護支援事業所が記載)

※当確認書はサービス種別ごとに

確認書はサービス種別ごとに必要です

1 サービス名： ・訪問介護 ・通所介護 ・地域密着型通所介護 ・福祉用具貸与
(該当に○)

2 利用者がサービス事業所を選択する主な理由： 新規 区分変更 ・ 更新

利用者の住居は○○地区に所在しており、●●のサービスの提供が可能かつ、送迎可能な通所介護事業所が当通所介護事業所のみであることから選択した。

選択理由はそれぞれ利用者に応じたサービス種別ごとの理由となります。利用者または家族がどのような理由で当該事業所を選択し

3 説明を受けた居宅サービス事業所

	事業所番号	事業所名	法人名
1	247××××××××	A通所介護	社会福祉法人A会
<u>2</u>	247××××××××	○○デイサービス	○○株式会社
3	249××××××××	Bデイサービスセンター	B株式会社
4	247××××××××	通所介護事業所C	有限会社C
5	247××××××××	D通所介護事業所	株式会社D

- ※ 少なくとも3事業所をご記入ください。
- ※ 欄が不足する場合は、別紙としてください。
- ※ 利用者が選択した事業所の番号に、○印を付けてください。

選択事業所に○するのを忘れないでください

4 説明に使用した資料 (○印をつけてください。)

- 1 指定居宅介護支援事業所が作成した説明資料
- 2. 市町が発行する事業所一覧表
- 3 介護サービス情報公表システム
- 4 各サービス事業所のパンフレット
- 5. その他 ()

5 説明日： 令和 3年 4月 26日

6 説明者： 介護支援専門員氏名 介護 花子

7 利用者の確認：

私は、上記の居宅サービスの提供を受けるに当たり比較検討した結果、事業所を選択しました。

令和 3年 4月 26日

利用者自身が署名された場合は、押印は不要です。利用者自身が筆記できない状況であればご家族の方の代筆でも可としますが、その旨余白に記載してお

利用者氏名： 四日市 大朗 印 又は 署名

※ 1～6までは、居宅介護支援事業所が記載してください。

※ 作成後は居宅介護支援事業所で保管し、市から依頼があった時に提示又は写しを提出してください。

【様式4】

理由⑤該当者一覧表

法人名	社会福祉法人●●会
事業所名	四日市ケアプランセンター
事業所番号	24××××××××
判定期間	令和 3 年度 前 期分（前期・後期をご記入ください）

※当該判定期間中に新規・区分変更・更新した利用者で「正当な理由⑤」に該当する利用者をご記入ください。
 ※後日、事業所で保管してみえる該当者の確認書(様式3)のコピー等を追加資料として提出していただくことがあります。
 ※欄が不足する場合はコピー等で作成してください。
 ※通所介護に地域密着型通所介護を含んで算出しても構いません。

	該当者(利用者)名	新規・区分変更・更新の別	該当するサービス種別(○を記入)			
			訪問介護	通所介護	地域密着型通所介護	用具貸与
1	四日市 太郎	新規		○		
2	以下同様に記載					
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						