

特定事業所集中減算に関する届出書（ 提出用 兼 保存用 ）

令和 年 月 日

（あて先）浜松市長

届出者 所在地
（法人） 名 称
代表者の職・氏名

令和 8 年度 前期

特定事業所集中減算に係る算定結果は、以下のとおりです。

事業所	事業所番号	2	2										
	フリガナ												
	名 称												
	事業所の所在地	(郵便番号 -)											
	担当者名							電話番号					
正当な理由の判断		(適正 ・ 不適正)										*記入しないでください。浜松市が不適正と判断した場合は、特定事業所集中減算が適用されます。	

サービス種類	訪問介護	通所介護	地密 通所介護	福祉用具貸与
割合	-	-	-	-
正当な理由				
理由書の添付				

*記入しないでください。
自動的に表示されます。

【作成の前にお読みください】

※1 この書類は、すべての居宅介護支援事業所ごとに作成し、2年間保存する必要があります。

※2 いずれかのサービスについて80%を超えた場合に、浜松市介護保険課に提出してください。

※7 80%を超えたことについて正当な理由がある場合は、その理由を、下の表①～⑥から選択し、各サービスのオ欄へ記入してください。また、理由が⑤、⑥の場合は、理由書(利用者ごとに選定理由がわかるもの)を添付してください。

※4 紹介率最高法人の事業所が4つ以上あり、枠が不足する場合は、3ページ目の記載枠に記載してください。

※5 紹介率は法人単位で計算しますので、同一法人の複数の事業所を位置付けている場合には注意してください。

※6 介護予防給付者は件数に含めないでください。

※7 特定事業所集中減算における「通所介護・地域密着型通所介護」の取扱いについて

特定事業所集中減算の適用を判定するに当たっては、通所介護及び地域密着型通所介護（以下「通所介護等」という。）のそれぞれについて計算するのではなく、通所介護等のいずれか又は双方を位置付けた居宅サービス計画数を算出し、通所介護等について最もその紹介件数の多い法人を位置づけた居宅サービス計画の数の占める割合を計算することとして差し支えない。

【正当な理由】

記号	正当な理由	理由書の添付
①	居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域に訪問介護サービス等が各サービスごとでみた場合に5事業所未満である。	不要
②	特別地域居宅介護支援加算を受けている事業者である。	不要
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。	不要
④	判定期間の1月当たりの居宅サービス計画のうち、それぞれのサービスが位置付けられた計画件数が1月当たり平均10件以下である。	不要
⑤	サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合	必要 任意様式
⑥	その他	必要 任意様式

特定事業所集中減算に関する届出書（ 提出用 兼 保存用 ）

事業所名：（入力しないでください。自動的に表示されます）

判定期間		令和	8	年	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計	
ア 居宅サービス計画の総数												0	
訪問介護	イ	訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数										0	A
	ウ	紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										0	B
	紹介率最高法人の名称												
	法人の住所												
	事業所名 1（事業所番号）		()										
	事業所名 2（事業所番号）		()										
	事業所名 3（事業所番号）		()										
エ	割合（ $B \div A \times 100$ ）（少数点第3位以下切り上げ）										単位：％	-	
オ	80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、【正当な理由】の①～⑥のうちいずれかを記載してください。												

判定期間		令和	8	年	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計	
イ 通所介護を位置付けた居宅サービス計画数												0	A
ウ 紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数												0	B
通所介護	紹介率最高法人の名称												
	法人の住所												
	事業所名 1（事業所番号）		()										
	事業所名 2（事業所番号）		()										
	事業所名 3（事業所番号）		()										
エ	割合（ $B \div A \times 100$ ）（少数点第3位以下切り上げ）										単位：％	-	
オ	80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、【正当な理由】の①～⑥のうちいずれかを記載してください。												

判定期間		令和	8	年	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計	
イ 地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数												0	A
ウ 紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数												0	B
地域密着型通所介護	紹介率最高法人の名称												
	法人の住所												
	事業所名 1（事業所番号）		()										
	事業所名 2（事業所番号）		()										
	事業所名 3（事業所番号）		()										
エ	割合（ $B \div A \times 100$ ）（少数点第3位以下切り上げ）										単位：％	-	
オ	80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、【正当な理由】の①～⑥のうちいずれかを記載してください。												

判定期間		令和	8	年	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計	
イ 福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数												0	A
ウ 紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数												0	B
福祉用具貸与	紹介率最高法人の名称												
	法人の住所												
	事業所名 1（事業所番号）		()										
	事業所名 2（事業所番号）		()										
	事業所名 3（事業所番号）		()										
エ	割合（ $B \div A \times 100$ ）（少数点第3位以下切り上げ）										単位：％	-	
オ	80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、【正当な理由】の①～⑥のうちいずれかを記載してください。												

特定事業所集中減算に関する届出書（ 提出用 兼 保存用 ）

事業所名が4つ以上ある場合には、以下に記載してください。

訪問介護	
事業所名 4（事業所番号）	（ ）
事業所名 5（事業所番号）	（ ）
事業所名 6（事業所番号）	（ ）

通所介護	
事業所名 4（事業所番号）	（ ）
事業所名 5（事業所番号）	（ ）
事業所名 6（事業所番号）	（ ）

地域密着型通所介護	
事業所名 4（事業所番号）	（ ）
事業所名 5（事業所番号）	（ ）
事業所名 6（事業所番号）	（ ）

福祉用具貸与	
事業所名 4（事業所番号）	（ ）
事業所名 5（事業所番号）	（ ）
事業所名 6（事業所番号）	（ ）