

様式3

指定居宅介護支援事業所に関する届出書

年 月 日

邑智郡総合事務組合 管理者 様

住 所

届出者（所在地）

氏 名

（法人名称及び代表者職・氏名）

下記の判定期間に作成した居宅サービス計画の内、紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画件数の占める割合が80%を超えますので、下記のとおり届け出ます。

記

		介護保険事業所番号										
指定居宅介護支援事業所		名 称										
		所在地										
判定期間		年 月 日 ~					年 月 日					
判定期間における居宅サービス計画の総数		件										
サービスの種類												
① 居宅サービス計画数		件			件			件				
② 紹介率最高法人が位置付けられた居宅サービス計画数		件			件			件				
紹介率最高法人	名 称											
	所在地											
	代表者氏名											
	事業所名											
①の内、②の占める割合		%			%			%				

※記載欄が足りない場合は、別葉として継紙に記載すること

(継紙)

サービスの種類				
② 居宅サービス計画数		件	件	件
② 紹介率最高法人が位置付けられた居宅サービス計画数		件	件	件
紹介率最高法人	名称			
	所在地			
	代表者氏名			
	事業所名			
①の内、②の占める割合		%	%	%

サービスの種類				
③ 居宅サービス計画数		件	件	件
② 紹介率最高法人が位置付けられた居宅サービス計画数		件	件	件
紹介率最高法人	名称			
	所在地			
	代表者氏名			
	事業所名			
①の内、②の占める割合		%	%	%