様式３

指定居宅介護支援事業所に関する届出書

令和　　　年 　月 　日

 　大田市長　　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 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　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 |  |  |  |
| ➀の内、②の占める割合 | ％ | ％ | ％ |

※記載欄が足りない場合は追加すること（別葉としても可）