

居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る届出書 別紙

紹介率最高法人の事業所が3つ以上ある場合はこの別紙に記入してください。

事業所番号	1	3							
事業所名									
事業所住所									
担当者名・電話番号									

判定期間		年度	(前期・後期)	※ 該当する期間に○をつけてください。
------	--	----	-----------	---------------------

	③紹介率最高法人の名称		
	住所		
	代表者名		
	事業所名 3 (事業所番号)		()
	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)		()
	事業所名 7 (事業所番号)		()
	事業所名 8 (事業所番号)		()
	事業所名 9 (事業所番号)		()
	事業所名 10 (事業所番号)		()
	事業所名 11 (事業所番号)		()
	事業所名 12 (事業所番号)		()
	③紹介率最高法人の名称		
	住所		
	代表者名		
	事業所名 3 (事業所番号)		()
	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)		()
	事業所名 7 (事業所番号)		()
	事業所名 8 (事業所番号)		()
	事業所名 9 (事業所番号)		()
	事業所名 10 (事業所番号)		()
	事業所名 11 (事業所番号)		()
	事業所名 12 (事業所番号)		()
	③紹介率最高法人の名称		
	住所		
	代表者名		
	事業所名 3 (事業所番号)		()
	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)		()
	事業所名 7 (事業所番号)		()
	事業所名 8 (事業所番号)		()
	事業所名 9 (事業所番号)		()
	事業所名 10 (事業所番号)		()
	事業所名 11 (事業所番号)		()
	事業所名 12 (事業所番号)		()