

「特定事業所集中減算にかかる正当な理由④」対象者一覧

平成 年度（前期・後期）分

事業所番号	
法人名	
事業所名	
対象サービス	

対象サービス種類及び事業所ごとに作成してください。対象サービスの事業所情報を記載してください。

事業所番号  
居宅介護支援事業所

居宅介護支援事業所情報を記載してください。

( / ページ)

	被保険者番号	氏名	※認定の有効期間	※左記期間中の再提出の場合○	正当な理由④の明細	備考
1					ア イ ウ	
2					ア イ ウ	
3					ア イ ウ	
4					ア イ ウ	
5					ア イ ウ	
6					ア イ ウ	
7					ア イ ウ	
8					ア イ ウ	
9					ア イ ウ	
10					ア イ ウ	

認定の有効期間内に同じサービス事業所について再提出の場合はこの欄に○をつけてください。ケアプラン等の添付書類は必要ありません。

正当な理由の④の該当するケースに○をつけてください。