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　令和　　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）	（　　）