令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　地域包括支援センター　御中

居宅介護支援事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　担当ケアマネジャー名

特定事業所集中減算に係る事例検討会依頼書

　介護保険の特定事業所集中減算に係る事例検討会の開催をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 利用者名 | 集中しているサービス名　 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |
| ６ |  |  |
| ７ |  |  |

（事例検討会時に用意する書類等）

１　居宅介護サービス等の事業所選択に関する説明についての確認書（利用者氏名の記入及び押印されたもの）

２　判定期間の全てのケアプランの写し（前期：３月1日～８月末　後期：９月1日～２月末）

３　必要に応じてフェースシートなど。

※２、３については検討会参加者分の部数をご用意ください。