別紙様式２（添付書類１）

介護職員処遇改善計画書（指定権者内事業所一覧表）

法　人　名	株式会社　島根県

島根県、Ｘ市、Ｗ市、Ｙ県、Ｚ市

介護保険事業所番号	事業所の名称	サービス名	介護職員処遇改善加算見込額	賃金改善の見込額
島根県			円	円
XXXXXXXXXX	Ｘ市通所介護事業所	通所介護	G　円	M　円
			円	円
Ｘ市			円	円
XXXXXXXXXX	Ｘ市通所介護事業所	通所型サービス	H　円	N　円
			円	円
Ｗ市			円	円
WWWWWWWWWW	Ｗ市通所介護事業所	地域密着型通所介護	I　円	O　円
WWWWWWWWWW	Ｗ市通所介護事業所	通所型サービス	J　円	P　円
			円	円
Ｙ県			円	円
ZZZZZZZZZZ	Ｚ市訪問介護事業所	訪問介護	K　円	Q　円
			円	円
Ｚ市			円	円
ZZZZZZZZZZ	Ｚ市訪問介護事業所	訪問型サービス	L　円	R　円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
合計	―	―	A＝G＋H＋I＋J＋K＋L＝a　円	B＝M＋N＋O＋P＋Q＋R＝（b－c）　円

※別紙様式２にて⑤⑥欄を記載したならば
A＝G＋H＋I＋J＋K＋L
＝（a－p）　円

※別紙様式２にて⑤⑥欄を記載したならば
B＝M＋N＋O＋P＋Q＋R
＝（b－d）　円

※　計画書を届け出る指定権者（都道府県又は市区町村）毎に記載すること。
※　Ａ及びＢは別紙様式２添付書類２の当該指定権者における金額と一致しなければならない。

※Ａ＜Ｂとなる必要がある

ページ数　総ページ数
1／1