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
			円	円
島根県				円
XXXXXXXXXX	Ｘ市通所介護事業所	通所介護	Ｇ　円	Ｍ　円
			円	円
Ｘ市				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
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
ZZZZZZZZZZ	Ｚ市訪問介護事業所	訪問介護	Ｋ　円	Ｑ　円
			円	円
Ｚ市				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