別紙様式３(添付書類１)

福祉・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 |  |

　都道府県（市町村）名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害福祉サービス等事業所番号 | | | | | | | | | | 事業所の名称 | サービス名 | 福祉・介護職員処遇改善  （特別）加算額 | 賃金改善所要額 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
| 合計 | | | | | | | | | | ― | ― | **A**　　　　円 | **B**　　　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３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。

|  |
| --- |
| ページ数　　総ページ数  ／ |