

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	0
-----	---

介護保険事業所 番号(10桁)	事業所の名称	サービス名	介護職員処遇改 善加算見込額(円)	賃金改善の見込 額(円)
合計	—	—	0	0

合計A < 合計B

※ 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。