別紙様式2（添付書類2）

介護職員処遇改善計画書(届出対象都道府県内一覧表)

法人名	0

指定権者 （都道府県・市町村）	介護職員処遇改善加算の見込額	賃金改善の見込額
	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
	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	0　円	0　円
	合計：C	合計：D

＜

※　C及びDは別紙様式2添付書類3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。