(3) 別紙様式３（添付書類１）

介護職員処遇改善実績報告書（朝霞市指定事業所一覧表）

法　人　名	

朝　霞　市

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額（加算の受給額）	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	－	－	0 円	0 円

朝霞市指定分を記載する。
行が不足する場合は、ピンクの色付けした行をコピーして追加すること。

※埼玉県市町村指定分･他都道府県事業所を分離することが困難な場合、全事業所記載も可。

合計A　＜　合計B

※１　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。

※２　合計A 及び合計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。

（他の様式と対象事業所が一致する場合)検算:「0」ならOK→　0　0