別紙様式５（添付書類１）

介護職員処遇改善実績報告書（事業所一覧表）

法　人　名	

札　幌　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額

ページ数　／　総ページ数

※　届出る指定権者ごとに該当する都道府県等分のみ記載すること。