別紙様式３（添付書類１）

介護職員処遇改善実績報告書(指定権者内事業所一覧表)

法　人　名	

都道府県（市町村）名

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	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
			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。