

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	
-----	--

指定保険者名 津市

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	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
合計	—	—	A 円	B 円

- ※・介護職員処遇改善加算を算定している、津市が指定している事業所を全て記載してください。
- ・総合事業分についても個々に加算額を記載してください。(賃金改善所要額は他事業所に含まれているのであれば0円でも結構です)
- ・作成は津市指定分だけで結構ですが、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ます。
(指定保険者が津市の場合、別紙様式3(添付書類2)の作成は不要です)

ページ数	／	総ページ数
------	---	-------