別紙様式２（添付書類１）

福祉・介護職員処遇改善計画書(指定権者内事業所一覧表)

法　人　名	

都道府県（市町村）名

障害福祉サービス等事業所番号	事業所の名称	サービス名	福祉・介護職員処遇改善（特別）加算見込額	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
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２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。

ページ数／総ページ数