別紙様式３（添付書類１）

# 福祉・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 | |
|---|---|

都道府県名（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 |
| 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。

| ページ数　／　総ページ数 |
|---|