別紙様式３(添付書類１)

加算を受けた場合は必ず記入・提出ください。

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 | 社会福祉法人　三重会 |

　　三重県

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| ２ | ４ | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 作業所　三重の○○ | 就労継続支援Ｂ型 | 613,800円 | 620,000円 |
| ２ | ４ | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | ○○ヘルパーステーション | 居宅介護、重度訪問介護 | 409,200円 | 405,000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**1,023,000円 | **B**1,025,000円 |  |  |  |  |  |  |  |  | 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１／１ |