別紙様式３(添付書類２)

介護職員処遇改善実績報告書(報告対象都道府県内一覧表)

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |

　　都道府県名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定権者 | 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 |
|  | 円 | 円 |
|  | 円 | 円 |
|  | 円 | 円 |
|  | 円 | 円 |
|  | 円 | 円 |
|  | 円 | 円 |
| 合計 | **C**　　　　　　　　　　　円 | **D**　　　　　　　　　　　円 |

※　C及びDは別紙様式３添付書類３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  ／ |