

別紙様式2(添付書類2)

介護職員処遇改善計画書(届出対象都道府県内一覧表)

法人名	
-----	--

都道府県名

指定権者 (都道府県・ 市町村)	介護職員処遇改善加算の見込額	賃金改善の見込額
合計	円	円

C

D

※ C及びDは別紙様式2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
/	