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 |  |

　　福岡県

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
|  | 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／ |