別紙様式6（添付書類1）

介護職員処遇改善交付金対象事業所一覧表（キャリアパス要件等届出）

法 人 名	

介護保険事業所番号	事業所の名称	サービス名	備考

※キャリアパス要件の適合状況が事業所ごとに異なる場合は、備考欄に各事業所の適合状況（IまたはⅡ）を記載してください。

ページ数	総ページ数
／	