別紙様式2（添付書類1）

記載例

福祉・介護職員処遇改善計画書（都道府県内事業所等一覧

様式2の「事業者・開設者」欄と一致させてください。

法 人 名	社会福祉法人京都●●福祉会

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	交付金見込額	対象期間
26＊＊＊＊＊＊＊ 1	障害者支援施設●●●●学園		3,000,000 円	22 年 2 月 ～ 23 年 1 月
26＊＊＊＊＊＊＊ 1	●●●●作業所		2,000,000 円	22 年 2 月 ～ 23 年 1 月
26＊＊＊＊＊＊＊ 2	ヘルパーステーション●●●●		1,800,000 円	22 年 2 月 ～ 23 年 1 月
26＊＊＊＊＊＊＊ 3	〃		1,600,000 円	22 年 2 月 ～ 23 年 1 月
26＊＊＊＊＊＊＊ 4	ケアホーム●●●●		1,000,000 円	22 年 2 月 ～ 23 年 1 月
26＊＊＊＊＊＊＊ 5	グループホーム●●●●		600,000 円	22 年 2 月 ～ 23 年 1 月
			円	年 月 ～ 年 月
			円	年 月 ～ 年 月
				年 月 ～ 年 月
				年 月 ～ 年 月
				年 月 ～ 年 月
				年 月 ～ 年 月
				年 月 ～ 年 月
				年 月 ～ 年 月
				年 月 ～ 年 月
				年 月 ～ 年 月
			円	年 月 ～ 年 月
			円	年 月 ～ 年 月
			円	年 月 ～ 年 月
			円	年 月 ～ 年 月
			円	年 月 ～ 年 月
			円	年 月 ～ 年 月
			円	年 月 ～ 年 月
			円	年 月 ～ 年 月
			円	年 月 ～ 年 月
			円	年 月 ～ 年 月
合 計			10,000,000 円	

この申請・処遇改善計画の対象となる事業所全てを記入してください。

一の事業所番号で、複数のサービスが行われている場合は、原則として全てのサービスを記入してください。
行を変えて記入しても構いません。

事業所又はサービス毎に、右記の対象期間における介護報酬見込額から算定した交付金見込額の総額を記入してください。
年度当初から申請の場合は、12ヶ月分を記入します。

交付金の対象とするサービス提供期間を12ヶ月の範囲で記入してください。
年度当初から申請の場合は、「22年2月～23年1月」とします。
原則として、全ての事業所で同じ期間としてください。

合計額を記入してください。
様式2の(1)①交付金見込額(総額)と一致させてください。

ページ数	総ページ数
／	