

介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書作成用 基本情報入力シート

【注意】本シートは様式作成用のため、提出は不要です。

●次の情報を本シートの黄色セルに入力することで、各様式に自動的に転記されます。

- ・提出先に関する情報
- ・基本情報
- ・加算対象事業所に関する情報

【凡例】(本シート及び各様式)
以下の分類に従い、色付きセルに必要な事項を入力してください。

- 処遇改善加算及び特定加算の算定に共通して必要な情報 入力セル
- 処遇改善加算の算定に必要な情報 入力セル
- 特定加算の算定に必要な情報 入力セル

1 提出先に関する情報

処遇改善加算・特定加算の算定届出に係る提出先(指定権者)の名称を入力してください。

提出先	札幌市
-----	-----

2 基本情報

⇒下表に必要な事項を入力してください。記入内容が別紙様式2-1に反映されます。

法人名	フリガナ	ミツイヘルスサービスカブシキカイシャ
	名称	三井ヘルスサービス株式会社
法人住所	〒	062-0932
	住所1(番地・住居番号まで)	札幌市豊平区平岸2条3丁目6-13
	住所2(建物名等)	
法人代表者	職名	代表取締役
	氏名	平井 淳一
書類作成 担当者	フリガナ	フジタ ダイ
	氏名	藤田 大
連絡先	電話番号	011-814-4016
	FAX番号	011-823-4580
	e-mail	d-fujita@mitsui.or.jp

3 加算対象事業所に関する情報

下表に必要な事項を入力してください。記入内容が別紙様式2-2及び別紙2-3に反映されます。

※「一月あたり介護報酬総単位数」には、前年1月から12月までの1年間の介護報酬総単位数(各種加算減算を含む。ただし、処遇改善加算及び特定加算は除く)を12で除したものの(12ヶ月に満たない場合は、一月あたりの標準的な単位数として見込まれるもの)を記載すること。

通し番号	介護保険事業所番号	指定権者名	事業所の所在地		事業所名	サービス名	一月あたり 介護報酬総単位数(※) [単位](a)	1単位あたりの 単価[円](b)
			都道府県	市区町村				
1	001705003000		北海道	札幌市	三井ヘルスサービス株式会社	(介護予防)訪問入浴介護	866,437	10.21
2	0017050018003		北海道	札幌市	デイサービスセンターあかり	通所介護	300,534	10.14
3	0017050018003		北海道	札幌市	グループホームあかり	(介護予防)認知症対応型 共同生活介護	254,488	10.14
4	0019360022777		北海道	安平町	グループホーム安平の郷	(介護予防)認知症対応型 共同生活介護	438,543	10.00
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								