

参考様式1(処遇改善加算・特定加算共通)

法人名:社会福祉法人ちようじゆ会

国保連合会からの「介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ」の毎月の加算額と一致する。(特定処遇改善加算分は含まない。)

例えば10月の加算額については、国保連からの「お知らせ」の11月審査分の加算総額に記載されている額となる。

記入例

(単位:円)

加算総額内訳書

介護保険事業所番号 事業所名称	サービス種類	加算額	令和2年度(サービス提供月)												小計	合計
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
0400000000 特別養護老人ホームちようじゆ会	介護老人福祉施設	保険請求対象分(利用者負担含む)	600,000	580,000	605,000	610,000	600,000	610,000	650,000	600,000	620,000	640,000	602,000	600,000	7,317,000	7,320,000
		区分支給限度額を超えた分	0	500	0	1,000	0	500	0	0	0	0	1,000	0	0	
0400000000 特別養護老人ホームちようじゆ会	短期入所生活介護	保険請求対象分(利用者負担含む)	6,000	6,100	6,000	5,900	6,000	6,500	6,100	6,000	6,100	6,000	6,000	6,000	72,700	72,700
		区分支給限度額を超えた分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0400000000 デイサービスセンターちようじゆ会	通所介護	保険請求対象分(利用者負担含む)	73,000	72,000	72,000	73,500	72,000	72,000	72,000	73,900	72,000	72,000	70,400	72,000	866,800	866,800
		区分支給限度額を超えた分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0400000000 デイサービスセンターちようじゆ会	介護予防通所介護	保険請求対象分(利用者負担含む)	14,000	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,700	14,500	14,500	14,500	14,500	173,700	174,400
		区分支給限度額を超えた分	0	0	100	0	0	300	0	0	300	0	0	0	0	
0400000000 グループホームちようじゆ会	認知症対応型共同生活介護	保険請求対象分(利用者負担含む)	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000	4,320,000	4,320,000
		区分支給限度額を超えた分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計		保険請求対象分(利用者負担含む)	1,053,000	1,032,600	1,057,500	1,063,900	1,052,500	1,063,000	1,102,600	1,054,600	1,072,600	1,092,500	1,052,900	1,052,500	12,750,200	12,753,900 (ア)
合計		区分支給限度額を超えた分	0	500	100	1,000	0	800	0	0	300	1,000	0	0	3,700	

※事業所欄が足りない場合は行をコピーして追加してください。その場合、合計欄が正しい値となっているか確認してください。

賃金改善総額内訳書

処遇改善分として上乗せした金額(特定処遇改善は含まない。)

処遇改善加算計画書に記載した賃金改善実施期間(連続する12ヶ月間)とする。

処遇改善分として上乗せした金額(特定処遇改善は含まない。)

賃金改善実施期間	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	常勤換算数計(人)	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
介護職員等常勤換算数(特定処遇改善の場合は、介護職員以外の職種を含む。)	45	44	38	40	41	39	39	43	42	38	45	46	500	
給与項目(処遇改善または特定処遇改善による増額分)													賃金改善額計(円)	
基本給	700,000	700,000	700,000	700,000	700,000	700,000	700,000	700,000	700,000	700,000	700,000	700,000	8,400,000	
賞与・一時金										4,800,000			4,800,000	
諸手当													0	
その他()													0	
計	700,000	700,000	700,000	700,000	700,000	700,000	700,000	700,000	700,000	5,500,000	700,000	700,000	700,000	13,200,000
法定福利費等事業主負担増加額	58,000	58,000	58,000	58,000	58,000	58,000	58,000	58,000	58,000	58,000	58,000	58,000	696,000	
賃金改善合計額(上乗せした金額分)	758,000	758,000	758,000	758,000	758,000	758,000	758,000	758,000	758,000	5,558,000	758,000	758,000	758,000	13,896,000 (イ)

賃金改善額-加算額 1,142,100 O.K. (イ)-(ア)

参考様式1(処遇改善加算・特定加算共通)

法人名:社会福祉法人ちようじゆ会

国保連合会からの「介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ」の毎月の加算額と一致する。(処遇改善加算分は含まない。)

例えば10月の加算額については、国保連からの「お知らせ」の11月審査分の加算総額に記載されている額となる。

記入例

(単位:円)

加算総額内訳書

介護保険事業所番号 事業所名称	サービス種類	加算額	令和2年度(サービス提供月)												小計	合計
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
0400000000 特別養護老人ホームちようじゆ会	介護老人福祉施設	保険請求対象分(利用者負担含む)	700,000	660,000	660,000	660,000	660,000	650,000	660,000	600,000	660,000	630,000	660,000	660,000	7,860,000	7,863,000
		区分支給限度額を超えた分	0	500	0	1,000	0	500	0	0	0	0	1,000	0	0	
0400000000 特別養護老人ホームちようじゆ会	短期入所生活介護	保険請求対象分(利用者負担含む)	6,000	6,100	6,000	5,900	6,000	6,500	6,100	6,000	6,100	6,000	6,000	6,000	72,700	72,700
		区分支給限度額を超えた分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0400000000 デイサービスセンターちようじゆ会	通所介護	保険請求対象分(利用者負担含む)	83,000	83,000	83,000	81,000	83,000	83,000	83,000	82,000	81,000	83,000	83,000	80,000	988,000	988,000
		区分支給限度額を超えた分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0400000000 デイサービスセンターちようじゆ会	介護予防通所介護	保険請求対象分(利用者負担含む)	14,000	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,500	14,700	14,500	14,500	14,500	14,500	173,700	174,400
		区分支給限度額を超えた分	0	0	100	0	0	300	0	0	300	0	0	0	0	
0400000000 グループホームちようじゆ会	認知症対応型共同生活介護	保険請求対象分(利用者負担含む)	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000	360,000	4,320,000	4,320,000
		区分支給限度額を超えた分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計		保険請求対象分(利用者負担含む)	1,163,000	1,123,600	1,123,500	1,121,400	1,123,500	1,114,000	1,123,600	1,062,700	1,121,600	1,093,500	1,123,500	1,120,500	13,414,400	13,418,100 (ア)
合計		区分支給限度額を超えた分	0	500	100	1,000	0	800	0	0	300	1,000	0	0	3,700	

※事業所欄が足りない場合は行をコピーして追加してください。その場合、合計欄が正しい値となっているか確認してください。

賃金改善総額内訳書

特定処遇改善として上乗せた金額(処遇改善分は含まない。)

特定処遇改善加算計画書に記載した賃金改善実施期間(連続する12ヶ月間)

特定処遇改善分として上乗せた金額(処遇改善分は含まない。)

賃金改善実施期間	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	令和2年	常勤換算数計(人)
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
介護職員等常勤換算数(特定処遇改善の場合は、介護職員以外の職種を含む。)	48	47	41	43	44	42	41	46	45	41	45	47	530
給与項目(処遇改善または特定処遇改善による増額分)													賃金改善額計(円)
基本給	750,000	750,000	750,000	750,000	750,000	750,000	750,000	750,000	750,000	750,000	750,000	750,000	9,000,000
賞与・一時金									5,000,000				5,000,000
諸手当													0
その他()													0
計	750,000	750,000	750,000	750,000	750,000	750,000	750,000	750,000	7,500,000	750,000	750,000	750,000	14,000,000
法定福利費等事業主負担増加額	58,000	58,000	58,000	58,000	58,000	58,000	58,000	58,000	58,000	58,000	58,000	58,000	696,000
賃金改善合計額(上乗せた金額分)	808,000	808,000	808,000	808,000	808,000	808,000	808,000	808,000	8,008,000	808,000	808,000	808,000	14,696,000 (イ)

賃金改善額-加算額	1,277,900	O.K. (イ)-(ア)
-----------	-----------	--------------