

介護職員処遇改善実績報告書・介護職員等特定処遇改善実績報告書作成用 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	山口県 岩国市
-----	---------

2 基本情報

⇒下表に必要な事項を入力してください。

法人名	フリガナ	シャカイフクシホウジン コウヨウカイ
	名称	社会福祉法人 光葉会
法人住所	〒	740-0021
	住所1(番地・住居番号まで)	山口県岩国市室の木三丁目1番74号
	住所2(建物名等)	
法人代表者	職名	理事長
	氏名	石井 明光
書類作成担当者	フリガナ	ハンモト ノリフミ
	氏名	橋本 規史
連絡先	電話番号	0827-47-3500
	FAX番号	0827-47-3553
	e-mail	kouyouenjimu@sea.icn-tv.ne.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。記入内容が様式3-1及び3-2に反映されます。

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
			都道府県	市区町村		
1	3570800239	山口県	山口県	岩国市	特別養護老人ホーム光葉苑	介護老人福祉施設
2	3570800239	山口県	山口県	岩国市	特別養護老人ホーム光葉苑	(介護予防)短期入所生活介護
3	3570800221	岩国市	山口県	岩国市	光葉苑デイサービスセンター	通所介護
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						