別紙様式3の内訳表 （資料様式1）

記載例

介護職員処遇改善加算総額内訳表

法人名	社会福祉法人 ●●●●

各サービス毎に記入してください。（総合事業についても別行にて記入してください。）

黄色のセルには、計算式が入っています。自動計算されますので、金額を直接入力

単位：円

介護保険事業所番号 事業所の名称	サービス種類	加 算 額（上段：保険対象サービス分 下段：保険対象外サービス分）												
		平成31年4月	令和元年5月	令和元年6月	令和元年7月	令和元年8月	令和元年9月	令和元年10月	令和元年11月	令和元年12月	令和2年1月	令和2年2月	令和2年3月	合計
1 9 0 0 0 0 0 0 0 0 ●●事業所	通所介護	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	480,000
										5,000	5,000	5,000	5,000	20,000
1 9 0 0 0 0 0 0 0 0 ●●事業所	第1号通所事業	5000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	60,000
														0
1 9 0 0 0 0 0 0 0 0 ●●事業所	訪問介護	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	480,000
														0
1 9 0 0 0 0 0 0 0 0 ●●事業所	第1号訪問事業	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	60,000
														0
1 9 0 0 0 0 0 0 0 0 ●●事業所	認知症対応型通所介護	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	480,000
														0
1 9 0 0 0 0 0 0 0 0 ●●事業所	介護予防認知症対応型通所介護	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	60,000
														0
1 9 0 0 0 0 0 0 0 0 △△事業所	地域密着型通所介護	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	300,000
														0
1 9 0 0 0 0 0 0 0 0 △△事業所	第1号通所事業	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	60,000
														0
														0
														0
														0
														0
保険対象サービス分の計		165,000	165,000	165,000	165,000	165,000	165,000	165,000	165,000	165,000	165,000	165,000	[illegible]000	1,980,000
保険対象外サービス分の計		0	0	0	0	0	0	0	0	5,000	5,000	5,000	5,000	20,000
①加算総額計		165,000	165,000	165,000	165,000	165,000	165,000	165,000	165,000	170,000	170,000	170,000	170,000	2,000,000

事業所ごとに加算の金額を記入してください。

黄色のセルには、計算式が入っています。自動計算されますので、金額を直接入力しないでください。

この合計金額を別紙様式3「介護職員処遇改善実績報告書」の③に記入してください。

※1 この様式に記入した①加算総額計を「別紙様式3 介護職員処遇改善実績報告書」の③介護職員処遇改善加算総額に記入してください。

※2 この様式に記入する事業所の名称は、届出時（変更届を提出している場合は変更時）の「別紙様式2（添付書類1）」と一致させて、各サービス毎に記載してください。（総合事業についても別行にて記載してください）

※3 支給限度基準額を超えたサービスに係る加算額（国Q&A vol. 3 問16）を算定している場合等、保険給付対象外サービスに係る加算相当額を算定している場合は加算額記載欄下段に受領額を記載してください。