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。

【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

●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

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	福井県

2　基本情報

⇒下表に必要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	シャカイフクシホウジンホノボノエン
	名称	社会福祉法人ほのぼの苑
法人住所	〒	919－0202
	住所1（番地・住居番号まで）	福井県南条郡南越前町鋳物師5-10-1
	住所2（建物名等）	
法人代表者	職名	理事長
	氏名	岩倉　光弘
書類作成担当者	フリガナ	コシイ
	氏名	越井
連絡先	電話番号	0778-47-2078
	FAX番号	0778-47-3987
	e-mail	honobono@mx6.fctv.ne.jp

3　加算対象事業所に関する情報

下表に必要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（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	1871900096	福井県	福井県	南越前町	介護老人福祉施設ほのぼの苑	介護老人福祉施設	2,775,745	10.00
2	1871900096	福井県	福井県	南越前町	ほのぼの苑短期入所生活介護事業所（予防）	（介護予防）短期入所生活介護	0	10.00
3	1871900096	福井県	福井県	南越前町	ほのぼの苑短期入所生活介護事業所	（介護予防）短期入所生活介護	44,160	10.00
4	1891900035	南越前町	福井県	南越前町	ほのぼの苑デイサービスセンター	地域密着型通所介護	103,695	10.00
5	1871900112	南越前町	福井県	南越前町	ほのぼの苑デイサービスセンター	通所型サービス（独自）	140,071	10.00
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								