

法人名	株式会社〇〇
-----	--------

介護保険事業所番号	加 算 額												
事業所の名称	平成25年4月	平成25年5月	平成25年6月	平成25年7月	平成25年8月	平成25年9月	平成25年10月	平成25年11月	平成25年12月	平成26年1月	平成26年2月	平成26年3月	合計
1 1 7 0 0 0 0 0 0 0	135,000	140,000	150,000	143,000	135,000	145,000	140,000	152,000	148,000	138,000	135,000	131,000	1,692,000
樹 楽 ○○													
1 1 7 1 0 0 0 0 0 0	60,000	70,000	65,000	75,000	65,000	70,000	58,000	67,000	72,000	65,000	73,000	78,000	818,000
樹 楽 △△													
													0
													0
													0
													0
													0
													0
													0
													0
													0
													0
													0
①加算総額計	195,000	210,000	215,000	218,000	200,000	215,000	198,000	219,000	220,000	203,000	208,000	209,000	2,510,000

※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)」と一致させてください。