

法人名	社会福祉法人 清心会
-----	------------

・**オレンジ色** のセルは必ず入力してください。空欄がある場合は不備となります。

⑤キャリアパス要件Ⅳについて（「令和8年度の算定予定」について）		
知遇改善加算Ⅰ・Ⅱの算定を届け出た事業所数 （短期入所・予防・総合事業での重複除）		3
改善後の資金が年間440万円以上となる者の数		7
改善後の資金要件を満たす職員は0人であって、令和8年度特例要件は満たす事業所数		0

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]