

別紙様式3

代替職員年間費用集計表

法人名	神奈川県
-----	------

単位：円

青色のセルを入力すると、ピンク色のセルが自動的に入力されます

○ 新規雇用した代替職員費用

	代替職員氏名	基本給支給額												合計
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
1	〇〇〇	45,000	50,000	50,000	45,000	50,000	60,000	40,000	50,000	60,000	45,000	50,000	40,000	585,000
2	△△△	150,000	120,000	145,000	130,000	145,000	150,000	140,000	120,000	150,000	120,000	160,000	135,000	1,665,000
3														
												年間計 (A)	2,250,000	

○ 既に雇用している職員による代替費用

	短時間勤務等介護職員名	代替職員費用												合計
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
1	×××	61,086	43,500	55,003	47,865	45,632	65,498	51,964	64,852	54,121	45,612	45,687	65,421	646,241
2														
3														
4														
												年間計 (B)	646,241	

別紙様式4①又は4②で算出した額を記載してください

(A) 新規雇用分		(B) 既雇用分		代替職員費用合計
2,250,000	+	646,241	=	2,896,241
⇒様式8 精算額調				