介護職員等処遇改善加算取得促進事業申込書

令和　　年　　月　　日

　福島県高齢福祉課　宛

　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　代表者名

このことについて、目的の主旨に同意したうえで、本事業による支援を希望します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  | 事業所番号 |  |
| サービス種別 | |  | | |
| 所在地等 | | 〒 | | |
| TEL: | | |
| FAX: | | |
| E-mail： | | |
| 担当者：　　　　　　　　　　TEL: | | |
| 介護職員等処遇改善加算（新加算）の取得状況について | | | | |
| 処遇改善等加算 | 取得している加算区分 | Ⅰ　　Ⅱ　　Ⅲ　　Ⅳ　　Ⅴ　　なし | | |
| 取得予定の加算区分 | Ⅰ　　Ⅱ　　Ⅲ　　Ⅳ | | |
| 就業規則の  有無 | | □あり　　□なし | | |
| 相談を  希望する内容 | | □　賃金体系等の整備及び研修の実施に関すること  □　職場環境の改善（職場環境等要件）に関すること  □　資格や勤続年数などに応じた昇給の仕組みの整備に関すること  □　職場環境の更なる改善や見える化に関すること  □　経過措置期間における区分Ⅴの要件に関すること  □　その他　[　　　　　　　　　　　　　　]  **【必須】支援を希望する内容を具体的に記入してください。** | | |