介護職員処遇改善加算等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: |
| 処遇改善加算 | 現在取得している加算区分 | Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・なし | 特定加算 | 現在取得している加算区分 | Ⅰ・Ⅱ・なし |
| 今後取得予定の加算区分 | Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ | 今後取得予定の加算区分 | Ⅰ ・ Ⅱ |
| 就業規則の有無 | □あり　　□なし |
| 相談を希望する内容≪複数選択可≫ | □キャリアパス要件Ⅰを満たすための、職位・職責等に応じた任用要件と賃金体系整備に関する助言□キャリアパス要件Ⅱを満たすための、資質向上計画の策定や研修計画の規定づくりに関する助言□キャリアパス要件Ⅲを満たすための、昇級・昇格に関する規定・仕組み作りに関する助言□職場環境要件を満たすための取り組みに関する助言□労働保険又は社会保険の加入に関する助言□特定処遇改善加算取得に関する助言□その他[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]**※上記内容(支援を希望する内容)について具体的に記入してください****※上記のほか、下記も希望する場合はチェックを入れてください。**□ベースアップ等支援加算取得に関する助言 |