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 | | | | | |