

介護職員処遇改善計画書(平成 21 年度)

事業者等の名称、所在地等を記入すること。

介護保険事業所番号 0 7 0 0 0 0 0 0 0 1

事業者・開設者	フリガナ カブシキカイシャ ケンチョウカイゴサービ	名称 株式会社 県庁介護サービス	事業所番号を忘れずに!
主たる事務所の所在地	〒 960-8670 福島 都道府県 福島市杉妻町2-16	電話番号 024-521-7746	FAX番号 024-521-7748
事業所等の名称	フリガナ セイカソフクシカイゴジギョウショ	名称 生活福祉介護事業所	提供する 訪問介護
事業所の所在地	〒 960-8670 福島 都道府県 福島市杉妻町5-75	電話番号 024-521-0000	FAX番号 024-521-0000

※事業所等情報については、複数の事業所に一括して提出する場合は「別紙一覧表による」と記載

年度を記入すること。

この見込額の場合、別紙「交付金見込額の算出例」から転記。

(1) 賃金改善計画について(本計画に記載された金額については見込みの額であり、申請状況(利用者数等)、人員配置状況(職員数等)その他の事由により変動があり得るものである。)

① 平成 21 年度交付金見込額(総額)	623,000 円
賃金改善所要見込額(総額)(ア+イ+ウ)	650,000 円
② ア 賃金改善に要する見込額(総額)	650,000 円
イ 他都道府県の事業所等の介護職員の賃金改善の原資として充当する見込額	0 円
ウ アのうち他都道府県の事業所等が交付を受けた交付金を原資として改善する見込額	0 円

※②については法定福利費等の賃金改善に伴う増加分も含むものとする。
※②のイ又はウについて該当がある場合は、添付書類2を添付すること。

賃金改善の方法について

③ 賃金改善を行う給与項目 基本給、[]手当、[]手当、[]手当、賞与()
その他(処遇改善手当)

④ 交付金による賃金改善実施期間 平成 21 年 10 月 ~ 平成 22 年 1 月

※ ④については平成21年度は平成21年10月~平成22年4月まで、平成22・23年度は当該年度の2月~翌年4月まで、平成24年度については平成24年2月~6月までの連続する期間を記入すること。なお、当該期間の月数は交付金の対象月数を越えてはならない。

賃金改善を行う方法(一人当たりの平均賃金改善月額等についても可能な限り具体的に記載すること。なお、当該改善額は見込みかつ全体の平均で、法定福利費等の増加額も含み、税引き前であるため、実際の個々人の手取り額とは必ずしも一致しない。)

⑤

- 基本給を見直す。
- 処遇改善手当を創設する。
- 以上によって、全体で一人平均賃金を月額15,000円増額する。

改善方法を要領良く記入してください。

下のア〜ウを加減算した額となります。それぞれの実情に合った額で、①の額を上回ります。

あてはまるものすべてに○を付けてください。

(任意記載事項)平成20年10月~平成21年3月までの状況について記載してください。

⑥ 介護職員賃金総額(月額平均)	1,000,000 円	⑦ 一人当たり介護職員賃金総額(月額平均)	200,000 円
------------------	-------------	-----------------------	-----------

(2) 賃金改善以外の

平成21年4月以降に実施	6ヶ月間の賃金総額が600万円であれば、 600万円÷6月=100万円となります。	この期間の介護職員の常勤換算数が平均5人であれば、 100万円(⑥の金額)÷5人=20万円となります。
処遇全般	賃金体系等 昇給又は昇給 その他()	
教育・研修	人材育成環境の整備・資格取得、能力向上のための措置 能力向上が認められた職員への処遇、配置の反映 その他()	
職場環境	出産、子育て支援の強化・ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化 事故、トラブルへの対応マニュアル等の作成・介護補助器具等の購入、整備等 健康診断、腰痛対策、こころの健康等の健康管理面の強化・職員休憩室、喫煙スペース等の整備 労働安全衛生対策の充実・業務省力化対策 その他()	
その他		

この欄の中から必ず一つ以上○を付けてください。

上記については、雇用するすべての介護職員に対し周知をしたうえで、提出していることを証明いたします。

実際に申請する日を記入すること。

21 年 9 月 30 日 (法人名) 株式会社 県庁介護サービス

印鑑を忘れずに!

(代表者名) 代表取締役 福島 太郎

印

別紙様式3

(記入例)

福島県知事 様

平成 21 年 9 月 30 日

実際に申請する日を
記入すること。

(法人名) 株式会社 県庁介護サービス
(代表者) 代表取締役 福島 太郎

年度を記入すること。

印鑑を忘れず
に！

印

平成 21 年度介護職員処遇改善交付金対象事業者承認申請書
(兼介護職員処遇改善交付金支給決定申請書)

別紙様式2の介護サービス事業所に係る介護職員処遇改善交付金の対象事業者としての承認(兼介護職員処遇改善交付金支給決定)がなされるよう、別添のとおり、介護職員処遇改善計画書その他必要な書類を添えて申請します。

添付書類を忘れずに！

(添付書類)

- ・ 介護職員処遇改善計画書(別紙様式2)
- ・ 就業規則(労働基準法第89条による作成の義務がない場合は任意提出。なお、賃金・退職手当・臨時の賃金等に関する規程を就業規則とは別に個別作成している場合は、それらの規程も添付。)
- ・ 労働保険に加入していることが確認できる書類(労働保険関係成立届又は労働保険概算・確定保険料申告書又は保険料の納入済通知書(領収証書))

三種類のうちの
書類が必要です。

※なお、介護職員処遇改善交付金事業実施要領の趣旨を理解し、以下の留意事項について、同意することを念のため申し添えます。

(留意事項)

- ・ 本交付金は、毎月、介護報酬請求をもって、介護報酬総額が確定した段階で交付されるが、事業年度終了後、あらかじめ定められた賃金改善実施期間内に実際に賃金改善を行った額と交付額を比較し、交付額が上回った場合には、その余剰金を返還することとなる。
- ・ 交付金の算定根拠となる毎月の介護報酬総額は、交付金対象事業者が国民健康保険団体連合会へ送付した請求情報に基づくものである。
- ・ 福島県が福島県国民健康保険団体連合会に交付金の支払いを委託している場合には、委託先から交付金が支払われるものである。

交付金見込額の算出例

(4)介護給付費等支払決定額内訳書

審査の結果決定した支払額を保険者別等に連絡する帳票です。

国保連合会 一 事業所

介護給付費等支払決定額内訳書

平成21年 7月審査分

平成21年 月 日
1頁
福島県国民健康保険団体連合会

事業所番号	事業所名
9900000001	××事業所

保険者番号 (公費負担者 番号)	サービス 提供年月	サービス 種類名	件数	審査決定		金額	保険者(公費負担者) 負担金額 (特定入所者介護費等)	サービス毎の交付 率を掛ける	C	
				日数 (回数)	単位 単位					
009900001	H21.6	通所リハビリ	1	8	0	7,080	73,832	1.7	1,251	
009900001	H21.6	通所リハビリ	46	374	0	370,169	3,849,742	1.7	65,445	
009900001	H21.6	短期入所老健施設	3	31	0	35,784	372,153	1.5	5,582	
009900001	H21.6	介護保険施設	18	457	0	450,940	4,669,768	1.5	70,346	
009900001	H21.6	短期入所生活介護	1	31	0	24,780	257,712	2.5	6,442	
009900001	H21.6	介護福祉施設	1	31	0	24,780	257,712	2.5	6,442	
009900001	H21.6	特定入所者介護	2	62	0	0	66,468			
補足給付分は算定 対象外									合計 155,508	D
審査決定	介護サービス費		70	932			9,500,719	8,695,958		
	特定入所者介護費等		20	519			1,134,740	812,520		
通所介護	介護サービス費		-1	0		-66,793	-604,646	-633,317		
介護サービス費	特定入所者介護費等		-4	-73		-180,310	-180,310	-123,370		
介護サービス費	介護サービス費		66	932		846,740	8,806,074	7,952,641		
支払決定	特定入所者介護費等		16	446		954,430	954,430	689,210		

【平成21年度の処遇改善交付金見込額総額の算出例】

平成21年10月からサービスを開始する場合

155,508 × 4ヶ月 = 622,032円

1ヶ月分の
交付金見込額

※1. 下段は特定入所者介護サービス費等です。
 ※2. 特定入所者介護サービス費等の件数、日数は省略です。
 ※3. 単位数、金額、保険者(公費負担者)負担金額(特定入所者介護費等)の各欄は介護保険給付と公費給付の合算です(生保単独を除く)。
 ※4. 介護給付の内訳については、介護給付費通算決定通知書、介護給付費通算決定通知書に記載しています。