

平成23年度介護職員処遇改善交付金の承認申請について

本県の介護保険行政の推進につきましては、日ごろ御協力をいただき感謝申し上げます。
このことについて、福島県介護職員処遇改善交付金交付要綱（平成21年10月20日
制定。以下「要綱」という。）第3条の規定により、平成23年度事業に係る承認申請書
を下記のとおり提出されるようお願いいたします。

なお、要綱第6条第2項に定めるキャリアパス要件等届出書の提出がなされていないと
き又は既に提出された内容に変更があるときは、併せて提出されるようお願いいたします。

記

1 提出期限

平成23年2月28日（月）必着

2 提出先及び提出方法

次の保健福祉事務所等に、郵送又は持参により、提出してください。

提出先	電話番号	対象事業所
県北保健福祉事務所	024-534-4156	県北地方の介護保険事業所
県中保健福祉事務所	0248-75-7808	県中地方の介護保険事業所
県南保健福祉事務所	0248-22-5478	県南地方の介護保険事業所
会津保健福祉事務所	0242-29-5272	会津地方の介護保険事業所
南会津保健福祉事務所	0241-63-0305	南会津地方の介護保険事業所
相双保健福祉事務所	0244-26-1132	相双地方の介護保険事業所
いわき地方振興局	0246-24-6204	いわき地方の介護保険事業所

3 対象事業者としての承認及び交付金の算定・支払のみなし処理

- (1) 交付金の事業年度（毎2月～1月）と会計年度（毎4月～3月）が異なることで、
対象事業者としての承認は平成23年4月1日付けとなります。
- (2) 一方、交付金の算定を平成23年2月1日から開始し、2月分を4月に、3月分を
5月にと、2ヶ月遅れの支払を繰り返します。
- (3) このため、承認と算定・支払を切れ目なく円滑に行うよう、便宜的に、平成22年
度において対象事業者としての承認を受けた者については、平成23年度においても
承認申請をするとみなし、かつ、対象事業者として承認する者とみなします。
- (4) したがって、新年度から交付金の交付を受けない事業者は、平成23年2月28日
（月）までに、福島県介護保険室に直接、別紙様式による辞退届を提出してください。

※お問い合わせ先

960-8170 福島市杉妻町 2-16 福島県介護保険室 菅野又は安齋
電話 024-521-7746・FAX024-521-7748

福島県介護職員処遇改善交付金 申請時提出書類確認表

申請書を作成した事業者（所）名			
担当者名		電話番号	

※交付金の申請状況についていずれかに○をつけて下さい。【 H 2 2 年度分申請済 ・ H 2 3 年度分から新規申請 】

申請書の提出前に、下記に表により提出が必要な書類を確認の上、該当項目に○をつけ、該当書類を提出願います。

この確認表は、申請書と併せて提出してください。

	提出書類	書類の説明	該当する項目に○
1～3は、平成23年度に申請する全事業者が確認の上、該当書類を全て提出			
1	様式第1号	平成23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申請書） 必ず提出	
2	様式第1号関係参考様式1	申立書 「就業規則」に変更がなく、提出を省略する場合に添付。	
3	様式第1号関係参考様式2	申立書 「労働保険に加入していることができる書類」に変更がなく、提出を省略する場合に添付。	
4	様式第2号	介護職員処遇改善計画書（平成23年度申請用） 必ず提出	
5	様式第2号 （添付書類1）	福島県内事業所等一覧表 複数事業所で申請する場合に添付する。	
6	様式第2号 （添付書類2）	他都道府県状況一覧表 他都道府県の事業所と交付金をやり取りする場合に添付。	
7～9は、平成22年度の申請事業者が提出した書類に変更があるのみ、提出			
7	就業規則	提出済の就業規則に変更がある場合に提出。 （賃金等の規程を就業規則とは別に定めている場合はその規程も含む）	
8	労働保険の加入確認書類	平成22年度に提出した書類の労働保険番号に変更がある場合に提出。	
9	様式第9号	キャリアパス要件等届出書（平成23年度分用） 変更がある場合のみ提出。	
10～12は、23年度から新たに申請する事業者が、全てを提出			
10	就業規則	賃金等の規程を就業規則とは別に定めている場合はその規程も含む	
11	労働保険の加入確認書類	労働保険関係成立届 労働保険概算・確定保険料申告書等	
12	様式第9号	キャリアパス要件等届出書（平成23年度分用）	

平成 年 月 日

福島県知事

(所在地)
申請者(名称)
(代表者)

印

平成 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交付申請書)

様式第2号記載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の交付決定)がなされるよう、別紙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)

- ① 介護職員処遇改善計画書(様式第2号)
- 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。)
- ③ 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)等)

※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)

- ① 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、額の精算ではなく交付金の支給条件により、その余剰金を返還することとなる。
- ② 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福島県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)へ送付した請求情報に基づくものである。
- ③ 福島県が国保連合会へ交付金の支払いを委託しているため、委託先から交付金が支払われるものである。

平成 年 月 日

福島県知事

(所在地)
申請者(名称)
(代表者) 印

申 立 書

今回提出した介護職員処遇改善計画書に係る事業所については、次により提出した就業規則(給与規程等)から変更はありません。

このため今回の申請書への添付は省略します。

ア 平成 年度介護職員処遇改善交付金対象事業者承認申請書に添付
申請年月日：平成 年 月 日

イ 平成 年度介護職員処遇改善交付金変更届出書に添付
届出年月日：平成 年 月 日

平成 年 月 日

福島県知事

(所在地)
申請者(名称)
(代表者) 印

申 立 書

今回提出した介護職員処遇改善計画書に係る事業所については、労働保険に加入していることに相違ありません。

また、労働保険への加入確認書類については、下記のとおり添付しましたので、今回の申請書への添付は省略します。

記

- 1 加入確認書類を添付した申請書
平成 年度介護職員処遇改善交付金対象事業者承認申請書
申請年月日：平成 年 月 日
- 2 添付した加入確認書類の種別
(※該当するものに○をつけること。オの場合は、空欄に記入のこと。)
 - ア 労働保険保険関係成立届の写し
 - イ 労働保険概算・確定保険料申告書の写し
 - ウ 直近の保険料納入通知書(領収書)の写し
 - エ 労働保険料納入証明書
 - オ その他()

(注) 本申立書を使用せず、改めて加入確認書類を申請書に添付してもよい。

介護職員処遇改善計画書(平成 年度申請用)

事業所等情報

介護保険事業所番号

事業者・開設者	フリガナ 名 称			
主たる事務所の 所在地	〒	都：道		
	電話番号		FAX番号	
事業所等の名称	フリガナ 名 称	提供する サービス		
事業所の所在地	〒	都：道		
	電話番号		FAX番号	

※複数の事業所ごとに一括して提出する場合は「別紙一覧表による」と記載し、(添付書類1)を添付すること。

(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、申請時以降の運営状況(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 年度交付金見込額(総額)		円
②	賃金改善所要見込額(総額)(ア+イ+ウ)		円
	ア 賃金改善に要する見込額(総額)		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		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		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、(添付資料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(一時金) その他()	
④	交付金による賃金改善実施期間	平成 年 月 ~ 平成 年 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。			
⑤	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。)		
	----- ----- -----		
(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)	円	⑦ 一人当たり介護職員 賃金額(月額平均)
			円

(2) 賃金改善以外の処遇改善について(様式第9号を作成している場合、記載を省略できる。)

平成21年4月以降に実施した(又は実施予定の)事項について必ず1つ以上に○をつけること。

処遇全般	賃金体系等の人事制度の整備・非正規職員から正規職員への転換・短時間正規職員制度の導入・昇給又は昇格等の要件の明確化・休暇制度、労働時間等の改善・職員の増員による業務負担の軽減 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	

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上で、提出していることを証明いたします。

平成 年 月 日

申請者(名称)

(代表者)

印

介護職員処遇改善計画書(他都道府県状況一覧表)

申請者(名称)		
都道府県	他都道府県事業所の介護職員の賃金改善の原資として充当する見込額(様式第2号の(1)②イに相当する額を記載すること。)	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(様式第2号の(1)②ウに相当する額を記載すること。)
北海道	円	円
青森県	円	円
岩手県	円	円
宮城県	円	円
秋田県	円	円
山形県	円	円
福島県	円	円
茨城県	円	円
栃木県	円	円
群馬県	円	円
埼玉県	円	円
千葉県	円	円
東京都	円	円
神奈川県	円	円
新潟県	円	円
富山県	円	円
石川県	円	円
福井県	円	円
山梨県	円	円
長野県	円	円
岐阜県	円	円
静岡県	円	円
愛知県	円	円
三重県	円	円
滋賀県	円	円
京都府	円	円
大阪府	円	円
兵庫県	円	円
奈良県	円	円
和歌山県	円	円
鳥取県	円	円
島根県	円	円
岡山県	円	円
広島県	円	円
山口県	円	円
徳島県	円	円
香川県	円	円
愛媛県	円	円
高知県	円	円
福岡県	円	円
佐賀県	円	円
長崎県	円	円
熊本県	円	円
大分県	円	円
宮崎県	円	円
鹿児島県	円	円
沖縄県	円	円
全国計	円	円

※他の都道府県にも事業所があり、かつ、当該他の都道府県の事業所と交付金をやり取りする場合のみ様式第2号に添付すること。

キャリアパス要件等届出書（平成 年度分）

事業所等情報

介護保険事業所番号

事業者・開設者	フリガナ 名 称		
事業所等の名称	フリガナ 名 称	提供する サービス	

(1) キャリアパスに関する要件について

(※) Iを選択する場合は太枠内に、IIを選択する場合は二重線枠内に記載すること。

次の内容についてあてはまるものに○をつけること。(I・IIのいずれかに該当していれば本要件を満たす。)

I	次の①から③までのすべての要件を満たす。 ① 職員の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めている。 ② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系について定めている。 ③ 就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、すべての介護職員に周知している。	該当 ・ 非該当
II	次の④から⑥までのすべての要件を満たす。	該当 ・ 非該当

(要件IIについて) 上記①から③までのすべての要件に該当しない場合、次の事項について記載すること。

④	①から③までの要件をすべて満たすことのできない理由	
⑤	介護職員との意見交換を踏まえた資質向上のための目標	
⑥	⑤の実現のための具体的な取り組みの内容 (いずれかに○をつけること。)	ア 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行う。
		イ 資格取得のための支援の実施 ※当該支援の内容について下記に記載すること ()

(注) ⑥のアを選択した場合、本書に資質向上のための計画を添付すること。

(2) 平成21年4月介護報酬改定を踏まえた処遇改善に関する定量的要件について

(※) 太枠内に記載すること。

① 平成20年10月から現在までに実施した事項について必ず1つ以上に○をつけること(ただし、記載するにあたっては、選択したキャリアパスに関する要件で求められている事項と明らかに重複する事項を記載しないこと。)	
処遇全般	賃金体系等の人事制度の整備 ・ 非正規職員から正規職員への転換 ・ 短時間正規職員制度の導入 昇給又は昇格等の要件の明確化 ・ 休暇制度、労働時間等の改善 ・ 職員の増員による業務負担の軽減 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	
② ①に要した費用の概算額について	
主たる経費の名称(例:委託費、人件費、物品購入費等)	
平成20年10月から現在までに要した費用の額	円

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。

平成 年 月 日

届出者(名称)

(代表者)

印

平成 年 月 日

福島県知事 様

(所在地)
申請者(名称)
(代表者) 印

申 立 書

今回提出した「介護職員処遇改善交付金対象事業者承認申請書」に係る事業所のキャリアパス要件等の適合状況については、下記により提出した「キャリアパス要件等届出書」等から変更はありません。

このため「キャリアパス要件等届出書」の提出は省略します。

記

1 提出済書類（アまたはイに○をつけること）

ア キャリアパス要件等届出書（平成 年度分）

届出年月日：平成 年 月 日

イ 平成 年度介護職員処遇改善交付金変更届出書で変更

届出年月日：平成 年 月 日

2 キャリアパス要件等の適合状況（適合または不適合に○をつけること）

ア キャリアパス要件 適合・不適合

イ 定量的要件 適合・不適合