介護職員等処遇改善加算取得促進支援事業申込書

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。

（同じ法人で複数の事業所・サービスの支援を希望する場合は、それぞれに事業所名・事業所番号・サービス種別等を記載してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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の取得状況について（それぞれ**いずれか１つの区分を〇で囲んでください。**）※既に加算Ⅰを取得済の場合、原則として本事業は対象外です。 |
| 処遇改善等加算 | 取得している加算区分（※） | 　Ⅱ　　Ⅲ　　Ⅳ　　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□　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。** |