

介護職員処遇改善計画書(平成〇〇年度提出用)

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	カブシキガイヤ マルハ サービス 株式会社〇☆サービス			
主たる事務所の所在地	〒 770-8570 徳島 都：道 府：徳 徳島市万代町1丁目1番地	電話番号	0 8 8 (6 2 1) 2 1 5 9	FAX番号	0 8 8 (6 2 1) 2 1 4 8
	事業所等の名称	フリガナ 名称	別紙一覧表による		提供するサービス
事業所の所在地	〒 都：道 府：県	※事業所ごとに所在地や電話番号等が異なる場合は別紙に記載してください。 (様式任意・記載例省略)			
	電話番号	FAX番号			

※事業所等情報については、複数の事業所ごと一括して提出する場合は「別紙一覧表による」と記載すること。

(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 平成〇〇年度処遇改善加算の見込額(総額) ※必ず②の額が①の額を上回ること	(例) 14,400,000円
② 賃金改善所要見込額(総額)	(例) 15,060,000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。
※他の都道府県等に所在する複数の事業所等を一括して作成し、提出する場合は添付書類2及び添付書類3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、 [〇〇]手当 、[] 手当、[] 手当、賞与(一時金) その他()
④ 賃金改善実施期間	平成 2 4 年 4 月 ~ 平成 2 5 年 3 月

※ ④については原則各年4月～翌年3月までの連続する期間を記入すること。なお、当該期間の月数は加算の対象月数を超えてはならない。

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。) (例)・常勤介護職員〇人の基本給を月額〇〇〇〇円、非常勤介護職員△人の時給を〇〇〇円増額する。 ・〇〇手当を月額〇〇〇〇円から〇〇〇〇円に引き上げる。 以上により、全体で、介護職員の賃金が1人平均月額〇〇〇〇円増額する。
---	--

(任意記載事項)賃金改善前の状況について記載されたい。

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
------------------------------	----------------------------------

↑ **ボーナス等の一時金を含めた月額平均賃金
対象外のサービスや事務等の対象外の職種に従事した分の賃金は除く。**

(2) 賃金改善以外の処遇改善について(別紙様式6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、分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	↓ 周知を証する書類を必ず保存しておいてください。

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。
平成24年 月 日 (法人名) 株式会社〇☆サービス
(代表者 職・氏名) 代表取締役 ○○ ○○ 印

※ 複数の介護サービスを一括して届け出る場合は、この様式を提出してください。

別紙様式2（添付書類1）

介護職員処遇改善計画書(事業所一覧表)

法人名	株式会社○☆サービス	
都道府県名 徳島県		
介護保険事業所番号	事業所の名称	サービス名
3 6 1 0 1 1 1 1 1 1	○☆ヘルパーステーション	訪問介護
3 6 1 0 1 1 1 1 1 1	○☆ヘルパーステーション	介護予防訪問介護
3 6 1 0 1 1 1 1 1 1	○☆デイサービスセンター	通所介護
3 6 1 0 1 1 1 1 1 1	○☆デイサービスセンター	介護予防通所介護
3 6 1 0 2 2 2 2 2 2	□◇グループホーム	認知症対応型共同生活介護
3 6 1 0 2 2 2 2 2 2	□◇グループホーム	介護予防認知症対応型共同生活介護
3 6 1 0 3 3 3 3 3 3	グループホーム△△	認知症対応型共同生活介護
3 6 1 0 3 3 3 3 3 3	グループホーム△△	介護予防認知症対応型共同生活介護
3 6 1 0 4 4 4 4 4 4	小規模多機能型居宅介護事業所△△	小規模多機能型居宅介護
3 6 1 0 4 4 4 4 4 4	小規模多機能型居宅介護事業所△△	介護予防小規模多機能型居宅介護
3 6 1 0 5 5 5 5 5 5	デイサービスセンター□□	認知症対応型通所介護
	複数の事業所を一括で届出する場合に 対象となる事業所を記載してください。	

ページ数 / 総ページ数

〔 ※ 都道府県等の圏域を越えて所在する複数の介護サービスを一括して届け出る場合は、この様式を提出してください。 〕

別紙様式2(添付書類2)

介護職員処遇改善計画書(都道府県状況一覧表)

法人名		株式会社○☆サービス			
都道府県	介護職員処遇改善加算の見込額	賃金改善所要見込額	他都道府県事業所等の介護職員賃金改善の原資として充当する見込額	他都道府県の事業所等で受けた加算額を原資として改善する見込額	
北海道	円	円	円	円	円
青森県	円	円	円	円	円
岩手県	円	円	円	円	円
宮城県	円	円	円	円	円
秋田県	円	円	円	円	円
山形県	円	円	円	円	円
福島県	円	円	円	円	円
茨城県	円	円	円	円	円
栃木県	円	円	円	円	円
群馬県	円	円	円	円	円
埼玉県	円	円	円	円	円
千葉県	円	円	円	円	円
東京都	円	円	円	円	円
神奈川県	円	円	円	円	円
新潟県	円	円	円	円	円
富山県	円	円	円	円	円
石川県	円	円	円	円	円
福井県	円	円	円	円	円
山梨県	円	円	円	円	円
長野県	円	円	円	円	円
岐阜県	円	円	円	円	円
静岡県	円	円	円	円	円
愛知県	円	円	円	円	円
三重県	円	円	円	円	円
滋賀県	円	円	円	円	円
京都府	円	円	円	円	円
大阪府	円	円	円	円	円
兵庫県	円	円	円	円	円
奈良県	円	円	円	円	円
和歌山県	円	円	円	円	円
鳥取県	円	円	円	円	円
島根県	円	円	円	円	円
岡山県	円	円	円	円	円
広島県	円	円	円	円	円
山口県	円	円	円	円	円
徳島県	14,400,000 円	15,060,000 円	円	円	円
香川県	円	円	円	円	円
愛媛県	円	円	円	円	円
高知県	円	円	円	円	円
福岡県	円	円	円	円	円
佐賀県	円	円	円	円	円
長崎県	円	円	円	円	円
熊本県	円	円	円	円	円
大分県	円	円	円	円	円
宮崎県	円	円	円	円	円
鹿児島県	円	円	円	円	円
沖縄県	円	円	円	円	円
全国計	14,400,000 円	15,060,000 円	円	円	円

※ 複数の介護サービスを一括して届け出る場合は、この様式を提出してください。

別紙様式2(添付書類3)

介護職員処遇改善計画書(市町村一覧表)(再掲)

法人名		株式会社○☆サービス		
徳島県				
指定権者	介護職員処遇改善加算の見込額	賃金改善所要見込額	他都道府県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	他都道府県の事業所等で受けた 加算額を原資として改善する見 込額
徳島県	10,300,000 円	9,300,000 円	円	円
〇〇市	2,000,000 円	3,010,000 円	円	円
□□市	300,000 円	650,000 円	円	円
〇〇町	800,000 円	900,000 円	円	円
△△町	1,000,000 円	1,200,000 円	円	円
	円	円	複数の事業所を一括して届出する 場合に、指定権者ごとの見込額を 記載してください。	
	円	円		
	円	円		
	円	円		
	円	円		
	円	円		
	円	円		
	円	円		
	円	円		
	円	円		
合 計	14,400,000 円	15,060,000 円	円	円

徳島県知事
市町村長

殿

(法人名) 株式会社○☆サービス
(代表者 職・氏名) 代表取締役 ○○ ○○ 印

平成 2 4 年度介護職員処遇改善加算届出書

介護サービス事業所「○×訪問介護事業所」(3 6 1 1 1 1 1 1 1 1) (訪問介護事業所) に係る介護職員処遇改善加算に関する届出書について、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届け出ます。

- (添付書類)
- 介護職員処遇改善計画書 (別紙様式 2 (添付必須))
 - その他必要な書類 (就業規則、給与規定、労働保険関係関係成立届等の納入証明書等)

徳島県知事
市町村長

殿

(法人名) 株式会社○☆サービス
(代表者 職・氏名) 代表取締役 ○○ ○○ 印

平成 2 4 年度介護職員処遇改善加算届出書

別表の介護サービス事業所に係る介護職員処遇改善加算に関する届出書について、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届け出ます。

(添付書類)

- 介護職員処遇改善計画書(別紙様式 2 (添付必須))
- その他必要な書類(就業規則、給与規定、労働保険関係成立届等の納入証明書等)