

— 記載例 —

別紙様式 1 - 1

愛 知 県 知 事 殿

平成〇〇年〇〇月〇〇日

法人名は「(株)」等と略さず正式名称で記載してください。

申請書の提出日を記載してください。

(法人名) 株式会社 愛知福祉サービス

(代表者職・氏名) 代表取締役 名古屋 二郎 印

記入漏れが多いので、必ず記載してください。

※代表者職も必ず記載してください。

※法人代表者の正式印を必ず押印してください。(私印は不可)

平成 24 年度介護職員処遇改善交付金事業対象事業者承認申請書
(兼介護職員処遇改善交付金の支給決定の申請書)

別表の介護サービス事業所に係る介護職員処遇改善交付金事業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。

なお、介護職員処遇改善交付金事業実施要綱の趣旨を理解し、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ものであるが、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。
- 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。
- ③ 都道府県が国民健康保険団体連合会等へ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。

① 事業所毎に就業規則・給与規程が定められている場合は、1事業所分の添付で良いこととします。

② 労働保険に加入していることが確認できる書類のコピーを必ず添付してください。

(添付書類)

- ・ 介護職員処遇改善計画書（別紙様式 1 - 2）
- ・ その他必要な書類（就業規則、給与規程、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、労働保険概算・確定保険料申告書、労働保険料の領収済通知書等））

※前年度対象事業者の承認を受けている場合は、既に提出してある就業規則、給与規程等に変更がない場合はその提出を省略する。

この「等」の中には、上記記載の労働保険に加入していることが確認できる書類も含むこととしますが、交付金の支給要件としては、要綱にあるように「労働保険に加入していること。」が必須条件になっておりますので、その事実が証明出来る関係書類をきちんと整理するとともに、必ず保存しておいてください。

記入漏れが多いので、必ず記載してください。

別紙様式1-2

介護職員処遇改善計画書(平成24年度申請用)

事業所等情報

事業者・開設者	フリガナ	カブシキガイシャ アイチフクシ		
	名称	株式会社 愛知福祉サービス		
主たる事務所の所在地	〒	000-0000		
	都・道	愛知		
	府・県	名古屋市 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号		
	電話番号	000-000-0000	FAX番号	000-000-0000
	担当者名	愛知 一郎	メールアドレス	00@x△△.JP

法人名は「(株)」等と略さず正式名称で記載してください。

本社・本部等、法人の主たる事務所の所在地を記載してください。

申請の内容を把握されている担当者名と連絡のとれる電話番号を記入してください。

事業所の名称	フリガナ	提供サービス
	名称	
事業所の所在地	〒	
	号	FAX番号

別紙事業所情報一覧表による

複数サービスがある場合には、別紙を必ず使用してください。(介護予防も1事業所として数えてください。必ず別紙への記入が必要となります。)

※なお、1法人1事業所かつ1サービスのみ(例えば通所介護のみで介護予防通所介護は未申請)の法人は、省略可

※事業所情報については、複数の事業所ごとに一括して提出する場合は「別紙 事業所情報一覧表による」と記載し、別紙を添付すること。

◎前年度承認事業者 添付書類省略の該当 (有り・無し) 《該当する方に○を付ける》

該当有りの場合：省略添付書類名「就業規則、給与規程、労働保険関係成立届

必ず○を付けてください。

(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。)

別紙様式3・介護職員処遇改善計画書の合計金額を記入してください。

記入漏れが多いので、必ず記載してください。

①	平成24年度交付金見込額(総額) ※	複数の事業所を一括して提出する場合は、別紙様式3..(添付書類1.)を添付すること。	3,304,496円
	賃金改善所要見込額(総額)(ア+イ+ウ)	①と比較して少しでも多い金額を設定してください。	3,305,000円
②	ア 賃金改善に要する見込額(総額)		3,305,000円
	イ 他都道府県の事業所等の介護職員	※愛知県の交付金を他都道府県の介護職員に支給する場合のみ記載	0円
	ウ アのうち他都道府県の事業所等が概	※他都道府県の交付金を愛知県の介護職員に支給する場合のみ記載	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、別紙様式2(添付書類2)を添付すること。

あてはまる項目の内容を全て記入するとともに、○を付けてください。

賃金改善の方法について

注意!

③	賃金改善を行う給与項目	基本給、[資格]手当、[介護主任]手当、[]手当、賞与(一時金) その他(時給アップ(非常勤))
④	交付金による賃金改善実施期間	平成24年 4月 ~ 平成24年 5月 (2ヶ月分)

「所得(賃金)」の対象とならない手当等は対象経費にはなりません。(出張旅費等)

※④については、年度で重複しないよう、介護職員への支払期間を記載すること。また、当該期間の月数は交付金の対象月数を超えないこと。

○賃金改善実施期間とは、介護職員に実際に支払いを行う期間をいいます。

(平成24年2月サービスから平成24年3月サービス分に係る交付金の支払いを行う連続する2か月分の場合)

《実施期間例》①平成24年2月~平成24年3月②平成24年3月~平成24年4月③平成24年4月~平成24年5月④平成24年5月~平成24年6月の4パターンから選択(ただし、前年度期間との重複は不可)

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	○ 常勤職員の定期昇給を3,000円～5,000円増額する。非常勤職員の時給を50円増額する。
	○ 介護福祉士資格者に月額3,000円増額する。
	○ 介護主任手当月額5,000円を創設する。
	○ 賞与（一時金）1人平均30,000円増額する。
（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された	
⑥ 介護職員賃金総額 （月額平均）	人当たり介護職員 賃金額（月額平均）
4,200,000円	200,000円

③賃金改善を行う給与項目と内容を一致させてください。

⑥⑦については、任意記載です。従いまして、下記は「記入するとした場合」の記載例です。これまでの申請の際に記入有りでも今回記入無しで可です。

この期間の介護職員の常勤換算数が21人であれば
420万円（⑥の金額）÷21＝20万円

既に提出が有るか、無いかです。必ず○を付けてください。

(2) 賃金改善以外の処遇改善について

◎別紙様式9-3（※（2）定量的要件）の提出（有り・**無し**）《該当する方に○を付ける》

※有りの場合は、この（2）記載不要（なお、提出については、「事業者の全事業所の提出」を判断基準とする。）

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。		別紙様式9-3（定量的要件）の提出無しの場合、必ず1つ以上に○を付けてください。 ※「有り」の場合（キャリアパスの関係で別紙様式9-3を既に県へ提出済みの場合）はこの欄への記載は不要です。
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・業務効率化対策 その他（ ）	
その他		

別紙様式9-3（定量的要件）提出有りの判断基準について
 ・既に提出が「有り」の場合記載は不要になりますが、該当となるケースは次のとおりです。
 ◎事業者の全事業所分のキャリアパス要件等届を一括で提出してあり、その内容に変更がない場合。
 ◎事業所毎にキャリアパス要件等届が提出してある場合で、今回申請対象となる全ての事業所分が全て提出済で、その内容に変更が無い場合。

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。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

法人名は「(株)」等と略さず正式名称で記載してください。

日付は申請書の提出日と同日か、或いはそれ以前の作成日を記入してください。

(法人名) 株式会社 愛知福祉サービス

(代表者職・氏名) 代表取締役 名古屋 二郎 印

※代表者職は必ず記載してください。
 ※法人代表者の正式印を押印してください。(私印は不可)

事業所情報一覧表

・介護サービスと介護予防サービスは必ず分けて記載してください。
 ・介護予防サービスも1事業所として取り扱い
 ます。
 ・事業所名称、サービス名称は正式名称を記載してください。(省略不可)

①	介護保険事業所番号	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	提供するサービス
	事業所の名称	フリガナ	アイチ									通所介護
		名称	愛知アイサービスセンター									
事業所の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 愛知県名古屋市中区三の丸三丁目2番3号											
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇					FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				

②	介護保険事業所番号	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	提供するサービス
	事業所の名称	フリガナ	アイチ									介護予防通所介護
		名称	愛知アイサービスセンター									
事業所の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 愛知県名古屋市中区三の丸三丁目2番3号											
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇					FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				

③	介護保険事業所番号	2	3	0	1	2	3	4	5	6	7	提供するサービス
	事業所の名称	フリガナ	イチノミヤハウモンカイゴジギョウショ									訪問介護
		名称	一宮訪問介護事業所									
事業所の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 愛知県一宮市一宮1番1号											
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇					FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				

④	介護保険事業所番号	2	3	0	1	2	3	4	5	6	7	提供するサービス
	事業所の名称	フリガナ	イチノミヤハウモンカイゴジギョウショ									介護予防訪問介護
		名称	一宮訪問介護事業所									
事業所の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 愛知県一宮市一宮1番1号											
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇					FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				

