

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		別紙一覧表による	
-----------	--	----------	--

事業者・開設者	ふりがな 名 称														
主たる事務所所在地	住所	〒 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
電話番号			FAX番号												
事業所等の名称	ふりがな 名 称	別紙一覧表による		提供するサービス	別紙一覧表による										
事業所の所在地	指定申請書のとおり														
	電話番号	指定申請書のとおり		FAX番号	指定申請書のとおり										

(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。)

平成 年度交付金見込額(総額)				円		
ア イ ウ	賃金改善所要見込額(総額)(ア+イ-ウ)			円		
	賃金改善に要する見込額(総額)			円		
	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		
	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		
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。 のイ又はウについて該当がある場合は、別紙様式2(添付資料2)を添付すること。						
賃金の改善方法について						
	賃金改善を行う給与項目 (該当する項目に をつけてください。)	基本給	手当(名称)			
		賞与(一時金)	その他()			
	交付金による賃金改善実施期間	平成 年 月	～	平成 年 月		
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年・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。)					
	< 「支給時期」「対象者」「給与項目」「およその支給額(または割合)」が分かる内容にしてください。 >					
(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されたい。						
介護職員賃金総額 (月額平均)			円	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

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

(法人名)

(代表者名)

印

介護職員処遇改善計画書

(平成 23 年度申請用)

事業所等情報

記入例

介護保険事業所番号 別紙一覧表による

事業者・開設者	ふりがな				
	名 称	社会福祉法人 会			
主たる事務所所在地	住所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 神奈川県横浜市中区日本大通			
	電話番号	045-123-4567	FAX番号	045-234-5678	
事業所等の名称	ふりがな			提供するサービス	別紙一覧表による
	名 称	別紙一覧表による			
事業所の所在地	指定申請書のとおり				
	電話番号	指定申請書のとおり	FAX番号	指定申請書のとおり	

(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。)

平成 23 年度交付金見込額(総額)		648,608 円
賃金改善所要見込額(総額) (ア+イ-ウ)		828,000 円
ア	賃金改善に要する見込額(総額)	800,000 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	40,000 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	12,000 円
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。 のイ又はウについて該当がある場合は、別紙様式2(添付資料2)を添付すること。		
賃金の改善方法について		
賃金改善を行う給与項目 (該当する項目に をつけてください。)	基本給	手当(名称)
	賞与(一時金)	その他()
交付金による賃金改善実施期間	平成 23 年 2 月 ~ 平成 24 年 1 月	
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年・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。)		
【訪問介護】管理者兼ヘルパー及びサービス提供責任者について、平成23年2月~平成24年1月の期間で月額13,000円、ヘルパー 名については、月額10,000円のベースアップとする。		
【通所介護】直接処遇業務を行う全介護職員に対し、平成23年12月に賞与(一時金)を各6万円支払う。		
(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い。		
介護職員賃金総額 (月額平均)	円	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

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したうえで、提出していることを証明いたします。

平成 23 年 月 × 日
(法人名) 社会福祉法人 会
(代表者名) 理事長 神奈川 太郎 印

介護職員処遇改善計画書 (都道府県内事業所等一覧表)

法 人 名	
介護保険事業所番号	事業所の名称
サービス名	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	

介護職員処遇改善計画書（都道府県内事業所等一覧表）

法 人 名			
介護保険事業所番号		事業所の名称	サービス名
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			

介護職員処遇改善計画書（都道府県内事業所等一覧表）

法 人 名			
介護保険事業所番号		事業所の名称	サービス名
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			

介護職員処遇改善計画書 (都道府県内事業所等一覧表)

法 人 名			
介護保険事業所番号	事業所の名称	サービス名	
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			
101			
102			
103			
104			
105			
106			
107			
108			
109			
110			
111			
112			
113			
114			
115			
116			
117			
118			
119			
120			

ページ数

/

総ページ数

介護職員処遇改善計画書（都道府県状況一覧表）

法人名		
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み額（別紙様式 2 の（ 1 ） 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み額（別紙様式 2 の（ 1 ） 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

平成 24 年 月 日

神奈川県知事 黒岩 祐治 殿

(法人名)

(代表者)

印

平成 24 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の支給決定の申請書)

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する。

(添付書類)

- ・介護職員処遇改善計画書（別紙様式 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（労働保険保険関係成立届、労働保険概算・確定保険料申告書等））：**前年度の申請時に添付した内容に変更がなければ、改めて添付する必要はありません。**

※ 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。
- ・複数の事業所単位又は事業者単位で承認申請を行った場合、複数の事業所単位又は事業者単位での交付額となる。
- ・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。

交付金見込額算定シート

法人名	
-----	--

交付金見込総額（Cの合計） D	
賃金改善実施期間月数 E	
期間合計額（D×E）	

単位：円

	事業所番号	事業所名	サービス種類	介護報酬の 月額平均 A	交付率 B	交付金見込額 C（A×B）
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

單位：円

[illegible]

単位：円

[illegible]

単位：円

	事業所番号	事業所名	サービス種類	介護報酬の 月額平均 A	交付率 B	交付金見込額 C (A × B)
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						
101						
102						
103						
104						
105						
106						
107						
108						
109						
110						
111						
112						
113						
114						
115						
116						
117						
118						
119						
120						

申請書等送付票

(太線内を記載して、申請書(若しくは実績報告書)と一緒に提出してください。太線枠外は県が記載するので記載しないこと。)

ふりがな 法人名			
ふりがな 担当者名			
	電話	FAX	
	E-mail		
所在地	〒		

受領書の必要・不要 (いずれかに をつけてください)		必要		不要
-------------------------------	--	----	--	----

「必要」を選択した場合は、「受領書」と「受領書用返信封筒」(下記承認書用返信封筒)とは異なります。)を同封してください。

チェック
↓

申請時のみ	添付書類	添付書類を確認しましたか。(就業規則、給与規程、労働保険の加入を確認する書類)前年度申請時と変更が無い場合は省略することができます。	
	承認書用返信封筒	80円切手を貼り、返信先明記の長3形封筒を添付していますか。	
	キャリアパス要件等 届出書	平成22年度未届け・本年度に初めて申請する事業所はキャリアパス要件等届出書も同時に提出してください。(平成22年度提出済みの事業所は省略することができます。)	
	受領書 受領書用返信封筒	上記「受領書の必要・不要」で「必要」を選択した場合のみ。「受領書」と80円切手を貼り、返信先明記の長3形封筒を添付していますか。	
申請・実績 報告時共通	申請・実績報告書	印鑑は法人代表者印(法務局に登録したもの。個人印・社印ではありません。)ですか。	
	控え書類	コピーして、控えの書類として保管していますか。	

摘要欄

平成 年 月 日

(法人名)

(代表者) 様

神奈川県福祉・次世代育成部
高齢福祉課介護審査グループ

受 領 書

貴社よりご提出いただきました、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の支給決定の申請書）
を受領いたしました。

本受領書は、申請書類を受け取ったことの証明であり、提出書類に不備
等のある場合は、内容の修正や差替えをご依頼する場合がございます。

また、介護職員処遇改善交付金の対象とするサービス提供月は、申請書
類が全て整った日（受理日）の属する月となりますので、ご注意ください
い。

問い合わせ先

介護職員処遇改善交付金担当

電 話 0 4 5 (6 6 4) 2 5 4 5

ファックス 0 4 5 (6 6 4) 2 5 4 6