送付先：

■郵送の場合：〒105-8486　東京都港区虎ノ門4-3-13　ﾋｭｰﾘｯｸ神谷町ビル9階　独立行政法人福祉医療機構　共済部退職給付課

■FAXの場合：03-3438-9261

申請日　　　　年　　　月　　　　日

「俸給の調整額」対象手当登録申請書

（社会福祉施設職員等退職手当共済制度）

独立行政法人福祉医療機構共済部　御中

以下のとおり、①～④の基本事項すべてに該当することを確認したので、給与規程を添えて「俸給の調整額」への登録を申請します。なお、機構が内容を確認した結果、条件を満たしていないとして、登録されない場合があることも承知しています。

申請手当名：

給与規程の対応規定：　第　　　　　条

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基本事項 | 対応する規定の表記（条文の該当する部分をそのまま記載してください） | 規定の表記が埋まったら✔を記入 | 機構処理欄 |
| ①負荷・困難度が高い業務に対して支給することの表記※「処遇改善加算」が支給財源の場合は、その表記 |  | □ |  |
| ②業務負担が本俸額で見合わないため、その是正調整目的であることの表記※「処遇改善加算」が支給財源の場合は、その表記 |  | □ |  |
| ③支給対象となる業務内容の具体的な表記※「処遇改善加算」が支給財源の場合は、その表記 |  | □ |  |
| ④月額固定（または本俸に対する固定比率）で、毎月支給することの表記 |  | □ |  |

【照　会　先】

共済契約者番号　　　　　　　　　　　共済契約者名

　事務担当者名

（電話番号）　　　　　　　　　　　　　（FAX番号）

【機構確認結果通知先】

　 ※原則として、法人所在地にお送りしますが、それ以外の送付先を希望される場合は以下にご記入ください。

送付先住所　〒

宛名