

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 202●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：特殊業務手当

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 <u>該当する部分</u> 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	担当する業務の特殊性及び業務負荷を 勘案し、	<input checked="" type="checkbox"/>	
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	給与の是正・調整を図るため、特殊業務 手当を支給する。	<input checked="" type="checkbox"/>	
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	別表●に掲げる業務を命じられた職員には、	<input checked="" type="checkbox"/>	
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	なお、本手当の月額、別表●のとおりとする。	<input checked="" type="checkbox"/>	

【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 〒 ●●●-●●●● ●●県●●市●●●●

宛名 ●●法人●●●● ●●部 ●●課 ●● ●●

(サンプルとなる規定)

特殊業務手当

第●●条 別表●に掲げる業務を命じられた職員には、担当する業務の特殊性及び業務負荷を勘案し、給与の是正・調整を図るため、特殊業務手当を支給する。なお、本手当の月額は、別表●のとおりとする。

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 202●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：処遇改善手当

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	処遇改善加算制度の趣旨を踏まえ、対象職員に処遇改善手当を支給する。	<input checked="" type="checkbox"/>	
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	処遇改善加算制度の趣旨を踏まえ、対象職員に処遇改善手当を支給する。	<input checked="" type="checkbox"/>	
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	処遇改善加算制度の趣旨を踏まえ、対象職員に処遇改善手当を支給する。	<input checked="" type="checkbox"/>	
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	なお、支給は月額定額とし、別に定める額とする。	<input checked="" type="checkbox"/>	

【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 〒 ●●●-●●●● ●● 県 ●● 市 ●●●●

宛名 ●● 法人 ●●●● ●● 部 ●● 課 ●●

(サンプルとなる規定)

処遇改善手当

第●●条 処遇改善加算制度の趣旨を踏まえ、対象職員に処遇改善手当を支給する。なお、支給は月額定額とし、別に定める額とする。