**送 付 先　※ 申請書と給与規程（該当部分）を合わせてFAXまたは郵送でお送り下さい**

**【FAX】 03-3438-9261**

**【郵送】〒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）福祉医療機構　共済部退職給付課**

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。

**申請手当名：　　　　　　　　　　　　　（給与規程：第　　　条）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **基本事項** | **給与規程における確認事項** | **✔を記入** |
| **処遇改善加算にかかる手当の場合** | **「処遇改善加算」が支給財源であることの表記がありますか？****※「処遇改善加算」等（介護職員処遇改善支援補助金を含む）が支給財源で****あることの表記がある場合、下記①～③のチェックは不要です。** | □ |
| **①** | **『負荷・困難度が高い業務に対して支給すること』の表記がありますか？** | □ |
| **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』の表記がありますか？** | □ |
| **③** | **『支給対象となる業務内容の具体的な表記』がありますか？** | □ |
| **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』の表記がありますか？** | □ |

**❢ 「俸給の調整額」は、基本事項の①～④全てに該当することを確認できる文言が給与規程に明記されている必要があります。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ります。**

**【照　会　先】**

|  |  |
| --- | --- |
| **共済契約者番号** | **共済契約者名** |
| **担当者名** | **電話番号** |

↓登録結果を**法人本部住所以外**に送付希望の場合はこちらにご記入ください

|  |
| --- |
| **送付先住所　〒** |
| **宛名** |