

介護職員処遇改善計画書(平成 年度申請用)

介護保険事業所番号

事業所等情報

事業者・開設者	フリガナ 名 称			
主たる事務所の所在地	〒	都：道 府：県		
	電話番号		FAX 番号	
事業所等の名称	フリガナ 名 称			提供するサービス
事業所の所在地	〒	都：道 府：県		
	電話番号		FAX 番号	

※事業所等情報については、複数の事業所ごとに一括して提出する場合は「別紙一覧表による」と記載すること。

(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。)

①	平成 年度交付金見込額(総額) 〔 交付金対象期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月 〕	円
②	賃金改善所要見込額(総額)(ア+イ+ウ)	円
	ア 賃金改善に要する見込額(総額)	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	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	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 (添付資料 2) を添付すること。

賃金改善の方法について

③	賃金改善を行う給与項目	基本給、[ ] 手当、[ ] 手当、[ ] 手当、賞与(一時金) その他( )
④	交付金による賃金改善実施期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月

※ ④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・23 年度は当該年の 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。)

⑤	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。)	
	-----	
	-----	
	-----	

(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。

⑥	介護職員賃金総額 (月額平均)	円	⑦	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(別紙様式 6 を作成している場合、記載を省略できる。)

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。

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をいたすうえで、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 職・氏名)

印



## 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(別紙様式2の(1)②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額(別紙様式2の(1)②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 年 月 日

京都府知事 様

(法人名)

(代表者 職・氏名)

印

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)

介護サービス事業所「 ●●●●● 」(介護保険事業所番号) (サービス名)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  
申請します。

(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、労働保険関係成立届等の納入証明書等)

※ 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。
- ・ 京都府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。

担当者	所属・氏名	
	連絡先電話	

平成 年 月 日

京都府知事

様

(法人名)

(代表者 職・氏名)

印

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)

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。

(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、労働保険関係成立届等の納入証明書等)

※ 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。
- ・ 京都府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

担当者	所属・氏名	
	連絡先電話	

キャリアパス要件等届出書 (平成 年度分)

事業所等情報

介護保険事業所番号									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業者・開設者	フリガナ 名 称			
事業所等の名称	フリガナ 名 称	提供する サービス		

(1) キャリアパスに関する要件について

(※) I を選択する場合は太枠内に、II を選択する場合は二重線枠内に記載すること。

次の内容についてあてはまるものに○をつけること。(I・IIのいずれかに該当していれば本要件を満たす。)	
I	次の①から③までのすべての要件を満たす。 ①職員の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めている。 ②職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系について定めている。 ③就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、すべての介護職員に周知している。
該当 ・ 非該当 ※就業規則等の該当箇所を具体的に記載 ( )	
II	次の④から⑥までのすべての要件を満たす。
該当 ・ 非該当	

(要件IIについて) 上記①から③までのすべての要件に該当しない場合、次の事項について記載すること。

④	①から③までの要件をすべて満たすことのできない理由	
⑤	介護職員との意見交換を踏まえた資質向上のための目標	
⑥	⑤の実現のための具体的な取り組みの内容 (いずれかに○をつけること。)	ア 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行う。 ※計画添付省略の場合はいずれかに○を記載すること ( 加算算定 / 情報公表 )
		イ 資格取得のための支援の実施 ※当該支援の内容について下記に記載すること ( )

(注) ⑥のアを選択した場合、本書に資質向上のための計画を添付すること。

(2) 平成21年4月介護報酬改定を踏まえた処遇改善に関する定量的要件について

(※) 太枠内に記載すること。

① 平成20年10月から現在までに実施した事項について必ず1つ以上に○をつけること (ただし、記載にあたっては、選択したキャリアパスに関する要件で求められている事項と明らかに重複する事項を記載しないこと。)

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 ・ 業務省力化対策 その他 ( )
その他	

② ①に要した費用の概算額について

主たる経費の名称 (例: 委託費、人件費、物品購入費等)	
平成20年10月から現在までに要した費用の額	円

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 年 月 日 (法人名)

(代表者 職・氏名)

印

担当	所属名	氏名	電話
----	-----	----	----

