

点 検 項 目			チェック欄
処遇改善計画書	添付書類1	1 「法人名」は、申請書と一致しているか。	
		2 「事業所番号」「事業所の名称」は、指定を受けている内容と一致しているか。	
		3 「サービス名」は、一の事業所番号で複数のサービスの指定がある場合、全てのサービスを記入しているか。	
		4 「対象期間」 2ヶ月の範囲内か。	
		※ 年度当初申請の場合、「平成24年2月～平成24年3月」であるか。	
	※ 年度途中の申請の場合、開始は、申請日の属する月、かつ、事業所指定日の属する月以降であるか。		
	5 合計は、正しいか。		
添付書類2	1 「法人名」は、申請書と一致しているか。		
	2 合計は、正しいか。 処遇改善計画書の(1)-②-イ、ウと一致しているか。		
添付書類	「平成23年度福祉・介護人材の処遇改善事業助成金の承認通知書」を添付しているか。 (平成23年度に承認を受けた事業者のみ)		
	※以下の1～3については、前年度に提出しており、内容に変更がない場合は添付不要。		
	1	(1) 就業規則(常時雇用10人以上の事業場は必須。9人以下は任意) 添付しているか。 最新のものか。 施行日(年 月 日)	
		就業規則の定めていない場合(常時雇用9人以下) 雇用契約書、労働条件通知書等、給与水準等がわかる資料を添付	
		(2) 給与規程等((1)就業規則等で完結する場合は不要)	
	2	労働保険関係 労働保険に加入していることがわかる資料を添付しているか。 労働保険関係成立届 労働保険概算・確定保険料申告書 労働保険料納付書 その他〔 〕	
3	キャリアパス要件等届出書関係 キャリアパス要件等届出書(様式6)その他添付書類を添付しているか。		

【従事者調査】

福祉人材4000人確保事業に係る従事者調査票を添付しているか。	
---------------------------------	--