

別紙様式 3

平成 年 月 日

京都府知事 様

(法人名)
(代表者 職・氏名) 印

平成 年度福祉・介護人材の処遇改善事業助成金対象事業者承認申請書
(兼福祉・介護人材の処遇改善事業助成金の支給決定の申請書)

障害福祉サービス事業所等「 ●●●●● 」(障害福祉サービス等事業所番号) (サービス名)に係る福祉・介護人材の処遇改善事業助成金の対象事業者としての承認(兼福祉・介護人材の処遇改善事業助成金の支給決定)がなされるよう、別添のとおり、福祉・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)

- ・福祉・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、福祉・介護人材の処遇改善事業助成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)

- ・ 本助成金は、毎月、障害福祉サービス等の報酬請求をもって、障害福祉サービス等の報酬等の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助成額を比較し、助成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。
- ・ 助成金の算定根拠となる毎月の障害福祉サービス等の報酬等の総額は、助成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助成金の支払いを委託している場合には、委託先から助成金が支払われるものである。

担当者	所属・氏名	
	連絡先電話	