

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	