

F2

平成21年度介護従事者処遇状況等調査 (案)

(介護老人保健施設票)

平成21年10月調査

厚生労働省 老健局

右のラベルの5つの項目は、必ず確認していただき、誤りや訂正がございましたら、恐れ入りますが朱書きで修正をお願い申し上げます。

事業所番号	1234567890
施設名	〇〇〇〇
所在地	東京都千代田区×××町2丁目1-1
経営主体	医療法人
地域区分	特別区

ID	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
パスワード	5 4 3 2 1

お手数をおかけしますが、下の(1)～(5)に必ずご記入をお願いいたします。

(1) 電話番号： _____ (_____)

(2) FAX番号： _____ (_____)

(3) Eメールアドレス： _____ @ _____

(4) 回答担当者： ご氏名 (役職： _____)

(5) 介護保健施設サービスの活動の状況 (平成21年9月末日時点)

(下の1～3のいずれか1つに○)

1 活動中	2 休止中	3 廃止
-------	-------	------

※2、3の場合、今回の調査に記入していただく必要はありませんので、このまま調査票を返送してください。

(提出期限 平成21年10月31日)

介護保健施設サービスにおける介護報酬改定への対応および収支等の状況についておうかがいします

問1. 平成21年4月1日～9月30日の間の介護保健施設サービスにおける介護従事者の給与等の引き上げ（手当の新設を含む）状況について、該当する番号全てに○をつけてください。（複数回答可）

- 1 平成21年度介護報酬改定を踏まえて給与等を引き上げた
- 2 平成21年度介護報酬改定に関わらず給与等を引き上げた
- 3 定期昇給を実施した
- 4 給与等の引き上げを行わなかったが、1年以内に引き上げる予定
- 5 給与等の引き上げを行っておらず、今後も引き上げる予定なし
- 6 その他（具体的に： _____）

3, 5, 6のみに○をつけた場合は、問3へお進みください

【問1で「1」、「2」または「4」を答えた方におうかがいします】

問2. 給与等の引き上げ（手当の新設を含む）の対象者

(1) 介護保健施設サービスの介護従事者の給与等の引き上げ（手当の新設を含む）について、該当する番号全てに○をつけてください。（複数回答可）

なお、1年以内に給与等を引き上げる予定の場合も、本間についてお答えください。

- 1 介護従事者全員について、給与等を引き上げ（予定）
- 2 何らかの要件に該当した介護従事者のみ、給与等を引き上げ（予定）
- 3 給与等を引き上げる予定だが、対象者については未定

1, 3のみに○をつけた場合は、問2(3)へお進みください

【問2（1）で「2」と答えた方におうかがいします】

(2) 給与等の引き上げ（手当の新設を含む）の要件について、該当する番号全てに○をつけてください。なお、1年以内に給与等を引き上げる（手当の新設を含む）予定の場合も、本間についてお答えください。（複数回答可）

- 1 勤続年数を要件として引き上げ
- 2 経験年数を要件として引き上げ
- 3 資格の保有を要件として引き上げ
- 4 勤務形態（常勤・非常勤）を要件として引き上げ
- 5 雇用形態（正規・非正規）を要件として引き上げ
- 6 勤務時間を要件として引き上げ
- 7 管理職について引き上げ（エントリーガーを除く）
- 8 管理職以外の者について引き上げ
- 9 その他（具体的に： _____）

(3) 介護保健施設サービスの介護従事者の各種手当について引き上げまたは新設を行ったもの全てに○をつけてください。1年以内に給与等を引き上げる（手当の新設を含む）予定の場合も、本間についてお答えください。引き上げまたは新設を行っていない場合は、8に○をつけてください。（複数回答可）

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 1 夜勤手当 | 6 資格手当 |
| 2 時間外手当（早朝・深夜・休日手当等） | 7 その他 |
| 3 家族（扶養）手当 | (具体的な名称： _____) |
| 4 通勤手当 | 8 引き上げまたは新設なし |
| 5 職務手当（役付手当等） | |

問3. 介護保健施設サービスの介護従事者に対する処遇に関して、平成21年4月の介護報酬改定を受けての対応状況についてお尋ねします。下表A～Oの項目ごとに、該当する1～5の記号に1つだけ○をつけてください。(○はそれぞれ1つずつ)

1	2	3	4	5
今回さらに充実(改善)した	従来より実施しているが、(今後実施する予定を含む)	従来より実施しており、今回内容等は変更していない	従来、実施してはなかったが、今回新たに実施した	従来および今回、実施してはいるが、今後実施する予定
			従来および今回、実施していないが、今後実施する予定	従来および今回、実施しておらず、今後実施する予定なし

(注)

従来…平成21年3月31日以前

今回…平成21年4月1日～平成21年9月30日

今後…1年間を目途

■ 処遇全般					
(A) 職員(事務職員等を含む)の増員(派遣を含む)による業務負担の軽減	1	2	3	4	5
(B) 夜勤の見直しや有給休暇の取得促進等の労働条件の改善	1	2	3	4	5
(C) 能力や仕事ぶりの評価と配置・処遇への反映	1	2	3	4	5
(D) 昇給または昇進・昇格要件の明確化	1	2	3	4	5
(E) 非正規職員から正規職員への転換機会の確保	1	2	3	4	5
(F) 賃金体系等の人事制度の整備	1	2	3	4	5
その他(具体的に)	[]				
■ 教育・研修					
(G) 資格取得や能力向上に向けた教育研修機会の充実や対象者の拡大	1	2	3	4	5
(H) 資格取得や外部の研修参加にかかる費用等の負担(一部を含む)	1	2	3	4	5
(I) 部下指導を管理職等の役割として明確化	1	2	3	4	5
(J) 新人職員の指導担当・アドバイザーの設置	1	2	3	4	5
その他(具体的に)	[]				
■ 職場環境					
(K) 定期的なミーティング等による仕事上のコミュニケーションの充実	1	2	3	4	5
(L) 仕事内容や労働条件に関する個別面談機会の確保	1	2	3	4	5
(M) 腰痛対策、メンタルケア等を含めた健康管理の充実	1	2	3	4	5
(N) 出産・子育て・家族等の介護を行う職員への支援の強化	1	2	3	4	5
(O) 事故やトラブルへの対応体制の整備	1	2	3	4	5
その他(具体的に)	[]				

問4 併設サービス等の状況について

(1) 平成21年9月30日時点において、同一又は隣接の敷地内で運営しているサービス全てに○をつけてください。

(複数回答可)

- | | | |
|--------------------|------------------------|---------------------|
| 01 介護老人福祉施設 | 08 通所介護 (※) | 15 小規模多機能型居宅介護 (※) |
| 02 介護老人保健施設 | 09 通所リハビリテーション (※) | 16 夜間対応型訪問介護 |
| 03 介護療養型医療施設 | 10 短期入所生活介護 (※) | 17 認知症対応型通所介護 (※) |
| 04 訪問介護 (※) | 11 短期入所療養介護 (※) | 18 認知症対応型共同生活介護 (※) |
| 05 訪問入浴介護 (※) | 12 特定施設入居者生活介護 (※) | 19 地域密着型特定施設 |
| 06 訪問看護 (※) | 13 居宅介護支援 | 20 地域密着型介護老人福祉施設 |
| 07 訪問リハビリテーション (※) | 14 介護予防支援 (地域包括支援センター) | (※) は、介護予防を含む |

(2) 介護老人保健施設および上記の質問で○を付けたもののうち、平成21年9月サービス分において、最も介護収入が多いサービスを番号でお答えください。(右づめで数字を記入)

上記(1)の「01」～「20」の中で最も収入の多い番号

--	--

問5. 収支の状況について

(1) 介護保健施設サービスにおける会計の区分状況について、該当する番号に○をつけてください。

- 1 介護保健施設サービス単独で会計を行っている
- 2 他の介護保険サービス等と一体的に会計を行っている

(2) 介護保健施設サービスにおける、平成20年9月(1か月間)および平成21年9月(1か月間)の収入・支出の状況についてお答えください。なお、上記(1)において「2」と回答した場合は、介護保健施設サービスと一体的に会計を行っている介護保険サービス等を含めてお答えください。(右づめでそれぞれ数字を記入)

収支項目	平成20年9月 (1か月間)	平成21年9月 (1か月間)
①施設運営事業収益(注)	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
①のうち介護収入	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
②施設運営事業費用(注)	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
②のうち給与総額	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
②のうち委託費	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
うち派遣料金	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円

(注)「減価償却費」、「引当金繰入」を計上しているところは、これらの金額を施設運営事業収益・施設運営事業費用からそれぞれ控除した額を記入

【問5(1)で「2」と答えた方におうかがいします】

(3) 介護保健施設サービスの介護収入は、上記設問(2)「①のうち介護収入」のうち約何割程度か、平成20年9月(1か月間)および平成21年9月(1か月間)それぞれについて、お答えください。(数字を記入)

平成20年9月の介護収入割合

平成21年9月の介護収入割合

約 割程度

約 割程度

貴施設の属する法人についておうかがいします

問6. 法人が実施している事業

(1) 平成21年9月30日時点で、貴施設の属する法人が、貴施設以外に介護保険サービスを実施している場合、該当する番号全てに○をつけてください。(複数回答可)

- 1 施設サービス (問4 (1) 01~03に該当)
- 2 居宅サービス・地域密着型サービス (問4 (1) 04~20に該当)

(2) 平成21年9月30日時点で、貴施設の属する法人が介護保険サービス以外の事業を実施している場合、該当する番号全てに○をつけてください。(複数回答可)

- 1 第一種・第二種社会福祉事業
- 2 医療関係事業
- 3 その他 (具体的に: _____)

【問6 (2) でいずれかに○をつけた方におうかがいします】

(3) 平成21年9月30日時点で、介護保険サービス以外の事業に携わる職員数は、法人全体の職員数のうち約何割程度かお答えください。(数字を記入)

約 割程度

介護保健施設サービスにおける介護職員処遇改善交付金についておうかがいします

問7. 介護職員処遇改善交付金について

(1) 介護保健施設サービスにおける、介護職員処遇改善交付金の申請状況についてお答えください。

- 1 申請する (申請予定、申請中を含む)
- 2 申請しない、検討中、交付金を知らない → (問8へお進みください)

(2) 介護職員処遇改善交付金を申請するために行った、又は行う予定の介護保健施設サービスにおける従事者の処遇改善の状況についてお答えください。

(複数回答可)

- 1 平成21年9月末までに、基本給や手当を引き上げている
- 2 平成21年9月末までに、一時金を支給している
- 3 今後(平成21年10月以降)、基本給や手当を引き上げる予定
- 4 今後(平成21年10月以降)、一時金を支給する予定

介護保健施設サービスにおける加算や職員等の状況についておうかがいします

問8. 介護保健施設サービスにおける、平成21年9月サービスにおいて、以下の加算を算定している場合、該当する番号全てに○をつけてください。

(複数回答可)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1 夜勤職員配置加算 | 3 サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) |
| 2 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) | 4 サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) |

問9. 介護保健施設サービスにおける、平成20年9月30日および平成21年9月30日時点の入所定員をお答えください。
(右づめでそれぞれ数字を記入)

平成20年9月30日時点の入所定員

--	--	--	--	--

 人

平成21年9月30日時点の入所定員

--	--	--	--	--

 人

問10. 介護保健施設サービスにおける、平成20年9月および平成21年9月の延べ在所者数(国保連請求額の基になっている人数。短期入所療養介護(ショートステイ)の延べ利用者数を含む)をお答えください。(右づめでそれぞれ数字を記入)

平成20年9月(1か月間)の延べ在所者数

--	--	--	--	--	--

 人

平成21年9月(1か月間)の延べ在所者数

--	--	--	--	--	--

 人

問11. 職員数

(1) 介護保健施設サービスにおける、平成20年9月30日および平成21年9月30日時点の職員数（派遣職員を含む）をお答えください。

平成20年9月30日時点の職員数（派遣職員を含む）					
	常勤職員数			非常勤職員数	
	専従	兼務	換算数（小数第1位）	実人員数	常勤換算数
					（小数第1位まで）
①全職員数（施設長、医師、事務職員等を含む）	人	人	. 人	人	. 人
②看護職員数	人	人	. 人	人	. 人
③介護職員数	人	人	. 人	人	. 人
③のうち 介護福祉士数	人	人	. 人	人	. 人
④支援相談員数	人	人	. 人	人	. 人
⑤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数	人	人	. 人	人	. 人
⑥介護支援専門員数	人	人	. 人	人	. 人

平成21年9月30日時点の職員数（派遣職員を含む）					
	常勤職員数			非常勤職員数	
	専従	兼務	換算数（小数第1位）	実人員数	常勤換算数
					（小数第1位まで）
①全職員数（施設長、医師、事務職員等を含む）	人	人	. 人	人	. 人
②看護職員数	人	人	. 人	人	. 人
③介護職員数	人	人	. 人	人	. 人
③のうち 介護福祉士数	人	人	. 人	人	. 人
④支援相談員数	人	人	. 人	人	. 人
⑤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数	人	人	. 人	人	. 人
⑥介護支援専門員数	人	人	. 人	人	. 人

(2) 介護保健施設サービスにおける、平成20年9月30日および平成21年9月30日時点の派遣職員数をお答えください。

	平成20年9月30日（実人数）	平成21年9月30日（実人数）
派遣職員数	人	人

介護老人保健施設(案)

※ 看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員の方のみご記入ください。(施設長、医師、事務職員等は除きます)
 ※ 派遣職員の方は除きます。

性別	年齢	職種	勤続年数	→平成20年度と平成21年度の状況を記載してください。	勤務形態		職位	実労働時間	実労働日数	資格の取得状況										
					1 常勤	2 非常勤				1 正規模職員	2 非正規職員	1 管理職(ユニットリーダーを除く)	1 社会福祉士	2 介護福祉士	3 精神保健福祉士	4 看護師	5 准看護師	6 管理栄養士・栄養士	7 P.T・O.T・S.T	8 介護支援専門員

記入例	男	女	32	歳	1	2	3	4	5	5	年	平成20年度	1	2	1	2	1	80	時間	12	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成21年度	1	2	1	2	1	160	時間	24	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(1)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
										平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
(2)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
										平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
(3)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
										平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
(4)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
										平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
(5)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
										平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
(6)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
										平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
(7)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
										平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
(8)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
										平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
(9)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
										平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
(10)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
										平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				

業務の状況	決まって支給する給与							一時金 (賞与・その他の臨時支給分)
	基本給		手当					4月1日から9月30日 までに支給された一時金 (賞与・その他の臨時支 給分)の合計額を記入し てください。 * 一時金(賞与・その他の臨時 支給分)がない場合は、0(ゼ ロ)を記入してください。
9月30日時点で業務し ている職種がありましたら、 該当する番号に○をつけ てください。 (○はいくつでも)	9月分として支給 された基本給を記 入してください。 (日給もしくは 時給の方はその 額(単価)を、 年俸の方は1/2 で割った額を 記入してください)							
	1 看護職員 2 介護職員 3 支援相談員 4 P T ・ O T ・ S 5 管理栄養士・栄養士 6 介護支援専門員 7 その他	月給:1 日給:2 時給:3 年俸:4	必ず1,2,3,4のい ずれか1つを記入し てください	9月分として支給 された手当を記入 してください。	右(1~7)の 手当の合計額	1 時間外手当(早朝・ 深夜・休日手当等) 2 夜勤手当 3 家族(扶養)手当 4 通勤手当 5 職務手当(役付手当 等) 6 資格手当 7 その他		

記入例	1	2	3	4	5	6	7	1	0	3	0	円	3	1	0	0	0	0	円	1	2	3	4	5	6	7	0	円					
	1	2	3	4	5	6	7	1	9	0	0	0	円	1	4	0	0	0	0	円	1	2	3	4	5	6	7	4	8	0	0	0	0
(1)	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
(2)	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
(3)	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
(4)	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
(5)	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
(6)	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
(7)	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
(8)	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
(9)	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
(10)	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															
	1	2	3	4	5	6	7	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	円															

介護老人保健施設(案)

※看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員の方のみご記入ください。(施設長、医師、事務職員等は除きます)
 ※派遣職員の方は除きます。

性別	年齢	職種	勤続年数	一 平成 20年度 と平成 21年度 の状況 を記載し て ください。	勤務形態	職位	実労働 時間	実労働 日数	資格の取得状況										
									9月30日時点 で管理職 である場合、 ○をつけて ください。	9月中における 実労働時間 を記入して ください。	9月30日時点 に有して いる資格が ありましたら 該当する番 号に○をつ けてくださ い。 (○はいくつ でも)	1 社会福祉士	2 介護福祉士	3 精神保健福 祉士	4 看護師	5 准看護師	6 管理栄養士 ・栄養士	7 PT・OT・ST	8 介護支援専 門員

記入例	男	女	32	歳	1	2	3	4	5	5	年	平成 20年度	1	2	1	2	1	80	時間	12	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成 21年度	1	2	1	2	1	160	時間	24	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(11)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成 20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成 21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(12)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成 20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成 21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(13)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成 20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成 21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(14)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成 20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成 21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(15)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成 20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成 21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(16)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成 20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成 21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(17)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成 20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成 21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(18)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成 20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成 21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(19)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成 20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成 21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(20)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成 20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成 21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

兼務の状況	決まって支給する給与							一時金 (賞与・その他の臨時支給分)
	基本給			手当				
9月30日時点で兼務している職種がありましたら、該当する番号に○をつけてください。 (○はいくつでも)	9月分として支給された基本給を記入してください。 (日給もしくは時給の方はその額(単価)を、年俸の方は1/2で割った額を記入してください)							4月1日から9月30日までに支給された一時金(賞与・その他の臨時支給分)の合計額を記入してください。 * 一時金(賞与・その他の臨時支給分)がない場合は、0(ゼロ)を記入してください。
	1 看護職員 2 介護職員 3 支援相談員 4 P.T.・O.T.・S 5 管理栄養士・栄養士 6 介護支援専門員 7 その他	1 月給 2 日給 3 時給 4 年俸	必ず1,2,3,4のいずれか1つを記入して下さい	9月分として支給された手当を記入してください。	該当する番号に○をつけてください	1 時間外手当(早期・深夜・休日手当等) 2 夜勤手当 3 家族(扶養)手当 4 通勤手当 5 職務手当(役付手当等) 6 資格手当 7 その他	右(1~7)の手当の合計額	

記入例	1	2	3	4	5	6	7	1	0	3	0	3	1	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	0	円				
	1	2	3	4	5	6	7	1	9	0	0	0	1	4	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	4	8	0	0	0
(11)	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
(12)	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
(13)	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
(14)	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
(15)	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
(16)	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
(17)	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
(18)	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
(19)	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
(20)	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						
	1	2	3	4	5	6	7										1	2	3	4	5	6	7						