

埼玉県介護職員資格取得支援事業(実務者研修受講料)処遇改善計画書(個人用)

パソコンで申請書を作成される方は「施設の種類」の欄をクリックし、プルダウンリストから「施設の種類」を選択してください。

1 支援対象職員の所属介護施設

施設名	介護老人保健施設 □○△
施設の種類	介護老人保健施設
所在地	

処遇改善内容を確認するための書類は、実績報告時にご提出いただきます。
ここでは、どの書類を提出する予定か、ア、イどちらかに○をしてください。
給与規程・賃金規程は、お勤め先の法人に原本証明をお願いしてください。

2 支援対象職員の処遇改善内容を確認するための書類

書類の種類	☒ ア 給与規程・賃金規程 ☐ イ その他 (どちらかに○)
-------	---

3 支援対象職員

「何によって(研修修了or国家資格取得)」「いつから」「いくら」支給、昇給されるのか、できるだけ具体的に記入してください。

処遇改善内容 (具体的に記入)	実務者研修修了後、翌月の給与より現在の時給から100円昇給し 1,400円となる。よって、月額10,000円以上の昇給。
--------------------	---

4 支援対象職員

申請者(ご自身)の勤務内容について記入してください。

氏名	埼玉 太郎		
常勤・非常勤の別	☐ ア 常勤 ☒ イ 非常勤	(どちらかに○)	
仕事の内容	介護職 雇用契約上の時間です。		
労働時間	1日当たりの所定労働時間	7.5	時間
	1週間当たりの所定労働時間	30	時間

この部分は必ず勤務先に記入(入力)を依頼してください(勤務先の証明です)。

令和□ 年 ○ 月 △ 日

法人名 社会福祉法人 ○○会

代表者役職・氏名 理事長 埼玉 花子

※施設長や管理者ではなく、法人代表者が証明してください。