

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(法人用)

パソコンで作成の場合、「施設の種類の」はプルダウンリストから選択してください。

1 支援対象職員の所属介護施設等

施設番号	施設名	施設の種類の
1	特別養護老人ホーム〇〇〇	介護老人福祉施設
2	介護老人保健施設□□□□	介護老人保健施設
3		
4		
5		

処遇改善内容を確認するための書類を選択してください。
今回は ア、イどちらかに〇をします。
書類の現物は、実績報告時にご提出ください。

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	(どちらかに〇)
-------	-------------	-------	----------

「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、昇給するのか、できるだけ具体的に処遇改善内容を記入してください。

3 支援対象職員の処遇改善内容

処遇改善内容 (具体的に記入)	・非常勤職員は実務者研修修了後(令和7年9月)より、時間給を100円昇給し1,380円支給する。 ・常勤職員は実務者研修修了後(令和7年10月)より、資格手当を6,000円支給する。
--------------------	--

4 支援対象職員

注)「施設番号」には上記「1 支援対象職員の所属介護施設等」の施設番号を入力し施設ごとにまとめて入力してください。

施設番号	氏名	仕事の内容	1週間当たりの 所定労働時間	常勤・非常勤の別 (どちらかに〇)
1	埼玉 次郎	介護職	30 時間	常勤・非常勤
1	高橋 花子	介護職	30 時間	常勤・非常勤
2	コバトン・花子	介護職	30 時間	常勤・非常勤
			時間	常勤・非常勤
			時間	常勤・非常勤
			時間	常勤・非常勤
			時間	常勤・非常勤
			時間	常勤・非常勤
			時間	常勤・非常勤
			時間	常勤・非常勤

プルダウンリストから選択できます。

勤務する施設番号を「1 支援対象職員の所属介護施設等」の「施設番号」から選択し、記入してください。
※ 施設ごとにまとめて記入してください。

上記内容に相違ないことを証明します。

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。