

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	埼玉県○○市△△-1-1

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	<input checked="" type="radio"/> ア 給与規程・賃金規程 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> ア 常勤 <input checked="" type="radio"/> イ 非常勤    (どちらかに○)		
仕事の内容	介護職 <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">雇用契約上の時間です。</span>		
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)。  
※ この用紙の記入(入力)を勤務先に依頼しても構いません。

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。