

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」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    |
|------|--------------|----------|
| 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。  
今回は選択のだけです。  
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 | <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○) |
|-------|----------------------------------------------|-----------------------------|----------|
|-------|----------------------------------------------|-----------------------------|----------|

「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<br>(具体的に記入) | <ul style="list-style-type: none"><li>・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。</li><li>・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。</li></ul> |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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<br>所定労働時間 | 常勤・非常勤の別<br>(どちらかに○)                                            |
|------|---------|-------|-------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1    | 埼玉 次郎   | 介護職   | 30 時間             | <input checked="" type="radio"/> 常勤 ・ <input type="radio"/> 非常勤 |
| 1    | 高橋 花子   | 介護職   | 30 時間             | 常勤 ・ <input checked="" type="radio"/> 非常勤                       |
| 2    | コバトン・花子 | 介護職   | 30 時間             | <input checked="" type="radio"/> 常勤 ・ <input type="radio"/> 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 〇〇会

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。