

平成 年 月 日

(宛先) 新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長

(法人名)

(代表者職・氏名)

印

平成 年度介護職員処遇改善加算届出書

介護サービス事業所「事業所名を記載」(介護保険事業所番号を記載)(サービス名を記載)に係る介護職員処遇改善加算に関する届出書について、別添のとおり、介護職員処遇改善計画書その他必要な書類を添えて届け出ます。

(添付書類)

- ・介護職員処遇改善計画書(別紙様式2)
- ・その他必要な書類(就業規則、給与規程、労働保険関係成立届等の納入証明書等)