

別紙1-2(様式第1号関係)

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

法人名	社会福祉法人 ○○会			施設が複数ある場合は施設ごとに作成する。
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	(〒 ○○○ - ○○○○) 埼玉県川口市○○1-1-1			
処遇改善(予定)の内容	<ul style="list-style-type: none"> 資格手当として月額13,000円支給 時間給を100円昇給し、月額10,000円以上昇給 			処遇改善(予定)の内容は金額を入れるなど具体的に記入。
処遇改善を確認するための規程の有無(実績報告時に添付)※()内に○を付ける	() 有	実施時期、現在給与からの改善内容を具体的に記入してください。(処遇改善に国家資格取得が要件としてある場合、その旨も記載してください。)		
	(○) 無	(実務者研修修了後、春日部次郎、上尾良子については、修了の翌月の給与より実務者研修修了者手当として月13,000円の支給、川越一郎、越谷正子については時給を100円昇給し1,400円とし、月額10,000円以上の昇給とする)※具体的に記入		
資格取得支援対象職員	氏名	年齢	1週間当たりの所定労働時間	常勤・非常勤の別
	川越 一郎	25	30時間	常・ <input checked="" type="radio"/> 非
	春日部 次郎	27	40時間	<input checked="" type="radio"/> 常・非
	上尾 良子	35	40時間	<input checked="" type="radio"/> 常・非
	越谷 正子	37	30時間	常・ <input checked="" type="radio"/> 非
			時間	常・非

上記内容に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日 申請は令和6年1月12日まで

法人名 社会福祉法人 ○○会 押印不要

代表者役職・氏名 理事長 埼玉 花子

※ 規程無の場合は、処遇改善の内容を具体的に記入する。