

別紙3-1(様式第3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) 処遇改善結果報告書(法人用)

1 支援対象職員の所属法人・介護施設等

法人名	社会福祉法人 ○○会
施設名	特別養護老人ホーム △△
施設の種類	介護老人福祉施設
所在地	(〒 ○○○ - ○○○○) 埼玉県さいたま市○○1-2-3
処遇改善の確認方法 (実績報告書に添付) ※()内に○を付ける	()①給与規程の写し(資格手当の支給等、給与改善が確認できるもの) ()②その他()※具体的に記入

2 処遇改善内容

氏 名	介護福祉士国家試験の受験番号	処遇改善の内容
川越 一郎	K111-11111	資格手当として月5,000円支給
春日部 次郎	K111-11112	資格手当として月5,000円支給
上尾 良子	K111-11113	資格手当として月5,000円支給
越谷 正子	K111-11114	—

※ 研修受講のみで処遇改善が図られる場合は、受験番号は空欄で氏名と処遇改善の内容のみ記入

介護福祉士国家資格の取得を条件として処遇改善が図られる見込みで不合格だった場合は記入不要
※合格した場合や研修受講のみで処遇改善が図られる場合は記入が必要です。

3 実績額(精算額)

氏 名	(A)受講した 実務者研修の受講料	実績額(精算額) ※(A)×1/2(上限10万円)
川越 一郎	100,000 円	50,000 円
春日部 次郎	75,000 円	37,500 円
上尾 良子	50,000 円	25,000 円
越谷 正子	0 円	0 円
	円	円

介護福祉士国家資格の取得を条件として処遇改善が図られる見込みで不合格だった場合は「0円」と記入
※合格した場合や研修受講のみで処遇改善が図られる場合は記入が必要です。

実績額(精算額) 合計	112,500 円
-------------	-----------

上記2記載の職員が令和○年度末時点で在職していることを証明し、処遇改善内容について履行することを誓約します。

令和○年○月○日 実績報告は令和6年3月31日まで

法人名 社会福祉法人 ○○会

代表者役職・氏名 理事長 ○○ ○○

押印不要