

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 支援対象職員の処遇改善内容

氏 名	介護福祉士国家試験の受験番号	処遇改善の内容
埼玉 太郎	K123-45678	実務者研修修了後、資格手当として月額10,000円支給

※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

氏 名	(A)実務者研修の受講料	※(A)×1/2(上限10万円)
埼玉 太郎	100,000 円	50,000 円

3-2 実績額(精算額) ※事業主から補填を受けた場合

氏 名	(A)受講した実務者研修の受講料	円
		円

(C)事業主の補填額	(D)超過額 ※((B)+(C))-(A)	(E)実績額(精算額) ※(B)-(D)
円	円	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

実務者研修修了後、資格手当として月額10,000円支給

法人名 社会福祉法人 ○○会

代表者役職・氏名 理事長 ○○ ○○

押印不要