

福祉・介護職員等特定処遇改善実績報告書(令和元年度)

様

事業所等情報

障害福祉サービス等事業所番号									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業者・開設者	フリガナ 名称								
主たる事務所の所在地	〒	都・道 府・県							
	電話番号				FAX 番号				
事業所等の名称	フリガナ 名称				提供するサービス				
事業所の所在地	〒	都・道 府・県							
	電話番号				FAX 番号				
複数の事業所ごとに一括して提出する場合における一括して提出する事業所数 () 事業所 ※この場合、事業所等情報については、「別紙一覧表による」と記載すること。									

①	算定した加算の区分	福祉・介護職員等特定処遇改善加算 (I II 区分なし)							
②	賃金改善実施期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月							
③	令和元年度分福祉・介護職員等特定処遇改善加算総額	円							
④	賃金改善所要額 (i - ii)	円							
	i) 加算の算定により賃金改善を行った賃金の総額	円							
	ii) 初めて加算を取得した月の前年度の賃金の総額	円							
⑤	経験・技能のある障害福祉人材 (①) における平均賃金改善額 ((iii - iv) / v)	円・人							
	iii) 加算の算定により賃金改善を行った賃金の総額	円							
	iv) 初めて加算を取得した月の前年度の賃金の総額	円							
	v) 当該事業所における経験・技能のある障害福祉人材の人数	人							
	【そのうち、月額 8 万円の改善又は改善後の賃金が年額 440 万円以上となった者								人】
⑥	設定できない 場合の説明	<ul style="list-style-type: none"> 小規模事業所等で加算額全体が少額である。 職員全体の賃金水準が低い事業所などで、直ちに一人の賃金を引き上げることが困難である。 8 万円等の賃金改善を行うに当たり、これまで以上に事業所内の階層・役職やそのための能力・処遇を明確化することが必要になるため、規程の整備や研修・実務経験の蓄積などに一定期間を要する。 その他 () 							
	他の障害福祉人材 (②) における平均賃金改善額 ((vi - vii) / viii)	円・人							
⑦	vi) 加算の算定により賃金改善を行った賃金の総額	円							
	vii) 初めて加算を取得した月の前年度の賃金の総額	円							
	viii) 当該事業所における他の障害福祉人材の人数	人							
	⑦ その他の職種 (③) 平均賃金改善額 ((ix - x) / xi)	円・人							
	ix) 加算の算定により賃金改善を行った賃金の総額	円							
⑧	x) 初めて加算を取得した月の前年度の賃金の総額	円							
	xi) 当該事業所におけるその他の職種の人数	人							
	【そのうち、改善後の賃金が最も高額となった者の賃金								円】
	賃金改善を行った賃金項目及び方法(賃金改善を行う賃金項目(賃金改善を行う賃金項目(増額若しくは新設した給与の項目の種類(基本給、手当、賞与等)等)、賃金改善の実施時期や対象職員、一人当たりの平均賃金改善額について、可能な限り具体的に記載すること。なお①の「経験・技能のある障害福祉人材」の基準設定の考え方については必ず記載すること。								

- ※ ④ i) については、求められた場合に積算の根拠となる資料を提出できるようにしておくこと(任意の様式で可。)
- ※ ④については、法定福利費等の賃金改善に伴う増加分も含むことができる。
- ※ ④が③を上回らなければならないこと。
- ※ ④ ii) の計算に際しては、賃金改善実施期間の職員の人数と合わせた上で算出すること。すなわち、比較時点から賃金改善実施期間の始点までに職員が増加した場合、当該職員と同等の勤続年数の職員が比較時点にもいたと仮定して、賃金総額に上乘せする必要があることに留意すること。
- ※ 複数の障害福祉サービス事業所等について一括して提出する場合、以下の添付書類についても作成すること。
 - ・添付書類1：都道府県等の圏域内の、当該計画に記載された計画の対象となる障害福祉サービス事業所等の一覧表(指定権者ごと)
 - ・添付書類2：各都道府県内の指定権者(当該都道府県を含む。)の一覧表(都道府県ごと)
 - ・添付書類3：計画に記載された計画の対象となる介護サービス事業者等に係る都道府県の一覧表
- ※ 虚偽の記載や、福祉・介護職員等特定処遇改善加算の請求に関して不正を行った場合には、支払われた介護給付費等の返還を求められることや障害福祉サービス等事業者の指定が取り消される場合があるので留意すること。

上記について相違ないことを証明いたします。

令和 年 月 日 (法人名)

(代表者名)

印