

(福祉・介護職員処遇改善加算等用)

令和 2 年 月 日

〇〇市(町)長様

法人所在地:

名称:

代表者の職・氏名:

印

誓約書

- 1 事業所内の全ての職員に対して、「障害福祉サービス等処遇改善計画書」の内容の周知を行った上で申請していること。
また、「障害福祉サービス等処遇改善計画書」の内容について、職員からの問い合わせがあれば、十分説明すること。
- 2 申請日の属する月の初日から起算して過去1年間に、労働基準法、労働安全衛生法、最低賃金法、労働者災害補償保険法及び雇用保険法等の違反により罰金刑以上の刑に処せられていないこと。
- 3 当該年度の「実績報告書」を、最終の加算の支払いがあった月の翌々月の末日までに提出すること。

上記事項1から3について、誓約します。

なお、事業運営に当たっては、(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律・児童福祉法)及び関係法令を遵守して行うことを誓約します。

サービス種別	
事業所名称	
事業所番号	

※複数の事業所を一括して提出する場合は「別紙一覧表による」と記載する。(一覧表は別紙様式2-2で代用可)