

届出様式 (単独事業所用)

令和 2 年 月 日

〇〇市 (町) 長 殿

(法人名)

(代表者)

印

令和 2 年度福祉・介護職員処遇改善加算等届出書

サービス種別	
事業所名称	
事業所番号	

上記の障害福祉サービス事業所等に係る福祉・介護職員処遇改善加算等について、別添のとおり、
障害福祉サービス等処遇改善計画書その他必要な書類を添えて届け出ます。

届出様式（複数事業所用）

令和 2 年 月 日

〇〇市（町）長 殿

（法人名）

（代表者）

印

令和2年度福祉・介護職員処遇改善加算等届出書

別表の障害福祉サービス事業所等に係る福祉・介護職員処遇改善加算等について、別添のとおり、
障害福祉サービス等処遇改善計画書その他必要な書類を添えて届け出ます。