別紙様式６（事業所）

令和●年●月●日

　　　高 知 市 長　　　様

 （法人名）

 （代表者）　　　　　　　　　　　　印

令和●●年度福祉・介護職員処遇改善加算等届出書

　障害福祉サービス事業所「　事業所名●●●●●　」（事業所番号●●●●●●●●●●）（サービス名●●●●●）に係る福祉・介護職員処遇改善加算等に関する届出書について、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。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請する加算等 | 該当に○ |
| 福祉・介護職員処遇改善加算 |  |
| 福祉・介護職員等特定処遇改善加算 |  |
| 特定加算における職員分類の変更特例（別紙様式2-4） |  |

　（留意事項）

　・計画書の記載内容に虚偽がないことを証明するとともに、記載内容を証明する資料

を適切に保管します。

・加算届出に係る各証明資料については、指定権者からの求めがあった場合には、

速やかに提出するとともに、今回の届出内容に虚偽または誤りが判明したときは、速やかに指定権者の指示に従い必要な措置を講じます。