

「福祉・介護職員処遇改善加算」取得に向けて！ 専門家による無料相談のご案内

福祉・介護職員が安心して、長く働き続けるためにも、**現行の処遇改善加算について新規取得や上位加算区分への移行**、および**特定処遇改善加算の取得**をすることをお勧めします。

専門家（社会保険労務士）が**制度概要から加算取得に必要な準備・申請**まで、事業所の状況に合わせてご説明しますので、お気軽にご相談下さい！

↓↓例えばこんなご相談↓↓

専門家が事業所を訪問のうえ、ご相談などを承ります。

処遇改善加算取得に必要な人事処遇制度

就業規則・賃金規程の変更方法

無理のない定期昇給の仕組み作り

介護職員への支給の方法は？

事業所の実態にあったキャリアパスとは？

職員を適切に評価する基準や仕組み

処遇改善加算申請書の作成方法

処遇改善加算取得に併せた助成金の活用

支援対象事業所

次の①、②を満たし、③のうちいずれかの申請を検討されている事業所様が対象です。

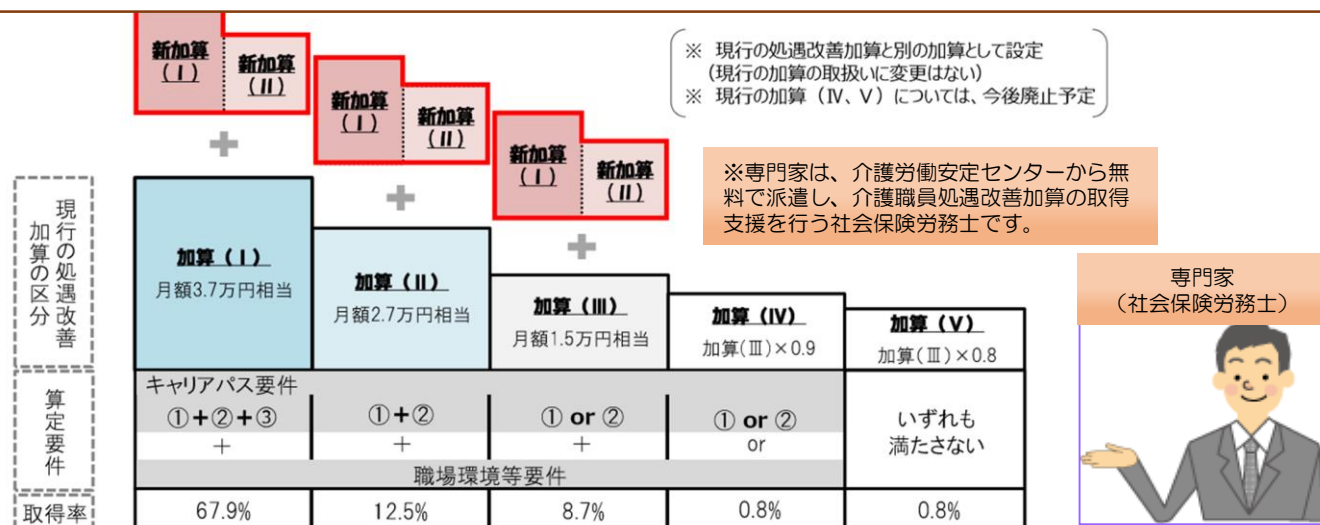
① 神奈川県内（横浜市、川崎市、相模原市及び横須賀市除く。）に所在する障害者総合支援法に基づきサービス提供を行う指定障害福祉サービス事業所及び施設等、及び児童福祉法に基づきサービス提供を行う指定障害児通所支援、障害児入所支援事業所 等

② 対象サービスは、居宅サービス、居住サービス、通所型サービス、児童系サービス（詳細は裏面）

③ 新規で加算取得の申請をする事業所、現行加算から上位加算区分への移行を申請する事業所、福祉・介護職員等特定処遇改善加算の申請をする事業所

「福祉・介護職員処遇改善加算」の概要

福祉・介護職員処遇改善加算とは、全5区分からなる区分ごとに設定された要件を満たした介護事業所で働く介護職員の方の賃金改善を行うための加算です。**現行加算Ⅰ～Ⅲを取得していれば新加算の取得が可能です。**



●相談をご希望の方は「無料相談申込書」に必要事項を記入の上、FAXまたは郵便にてご送付下さい。



公益財団法人 介護労働安定センター 神奈川支所

〒231-0007 横浜市中区弁天通6-79 港和ビル 8F

Tel: 045-212-0015

Fax: 045-212-0016

E-mail: kanagawa@kaigo-center.or.jp

http://www.kaigo-center.or.jp

令和2年度 神奈川県委託事業
「令和2年度 福祉・介護職員処遇改善加算取得促進支援事業」
(受託: 公益財団法人 介護労働安定センター 神奈川支所)

無料相談申込書

県・障害

| | | | | | |
|--|---|-------------------------------|-------|-----------|----------|
| 法人名 | | | | | |
| 事業所名 | | | | | |
| 加算届出区分 | ※現在取得している処遇改善加算について、加算区分に○をしてください。 | | | | |
| | 処遇改善加算 | ・加算Ⅰ ・加算Ⅱ ・加算Ⅲ ・加算Ⅳ ・加算Ⅴ ・未取得 | | | |
| | 特定処遇改善加算 | ・特定加算Ⅰ ・特定加算Ⅱ ・未取得 | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| | Tel : | | Fax : | | E-mail : |
| 氏名 | | | | 役職 | |
| サービスの種類 | 該当するサービスに○をしてください。(複数選択可) | | | | |
| | <p>●居宅サービス 居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護</p> <p>●居住サービス 施設入所支援、短期入所、共同生活援助</p> <p>●通所型サービス 療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型</p> <p>●児童系サービス 児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、医療型児童発達支援 福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、居宅訪問型児童発達支援</p> | | | | |
| 処遇改善加算を届出していない または 上位加算を届出するにあたり困っていることをお教えください。 | <p>■ 該当する番号に○をご記入ください。(複数選択可)</p> <p>① 処遇改善加算に必要な人事・処遇制度について</p> <p>② 無理のない定期昇給の仕組みを作るにはどうすればよいか</p> <p>③ 職員への支給方法をどのようにすべきか</p> <p>④ 就業規則・賃金規程の変更方法について</p> <p>⑤ キャリアパスの構築や研修計画の立て方について</p> <p>⑥ 処遇改善加算の申請書の作成方法について</p> <p>⑦ 処遇改善加算の取得で活用できる助成金の申請方法について</p> <p>⑧ その他 (相談内容の概略をご記入ください。)</p> <p>()</p> | | | | |
| 希望相談日程 (※調整の上、追ってご連絡の回答を差し上げます)。 | 第1希望 | 月 | 日 | (: ~ :) | |
| | 第2希望 | 月 | 日 | (: ~ :) | |
| | 第3希望 | 月 | 日 | (: ~ :) | |