



(公財) 介護労働安定センター愛知支部 宛

FAX: 052-565-9272

令和7年度 愛知県介護職員処遇改善加算等取得促進事業

介護職員等処遇改善加算に関する無料相談 申込書

申込日：令和 年 月 日

現 状 ○印をしてください	1. 未取得 2. 取得済（現在の届出区分：Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ）
相談内容 ○印をしてください	① これから取得したいので、制度全般について ② キャリアパス要件について（任用要件、賃金体系、研修、昇給の仕組み等） ③ 職場環境等要件への対応について ④ 月額賃金改善要件、職員への配分方法について ⑤ 計画書・報告書の作り方について ⑥ その他（ ）

法人名	所在地 〒
事業所名	所在地 〒
主な事業（○で囲んでください。複数可） ① 居宅介護・介護予防サービス（訪問介護・訪問入浴介護・通所介護・通所リハビリテーション・短期短期入所生活介護・短期入所療養介護・特定施設入居者生活介護） ② 地域密着型介護・地域密着型介護予防サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護・地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）） ③ 施設介護サービス（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）	
TEL - -	FAX - -
メールアドレス @	
ご担当者（役職）（氏名）	
相談方法（いずれかをご指定ください。）① 対面（貴事業所）② オンライン	
処遇改善加算取得促進WEBセミナーの視聴希望有無① 有② 無	
相談希望日時	第1希望 月 日（ ）（ : ~ : ）
	第2希望 月 日（ ）（ : ~ : ）
	第3希望 月 日（ ）（ : ~ : ）

※ 申込書に記載された内容については、当センターの個人情報管理規定に従い厳重に管理し、相談支援に必要な範囲で使用するほか、当センターの事業ご案内に使用させていただきます。それ以外の目的には使用いたしません。
※ 相談案件多数のため年度予定回数を超過した場合には、相談に対応できないこともありますので、予めご了承ください。
※ 相談内容の録画、録音、撮影、スクリーンショット、SNS上への掲載、および資料等の無断複写・転用・転載等は、固くお断りします。

お問い合わせ先：(公財)介護労働安定センター愛知支部 TEL：052-565-9271 FAX：052-565-9272