



(公財)介護労働安定センター沖縄支部

FAX : 098-869-5618

メールの場合は以下の項目をメール本文に記載してください



沖縄県委託事業「令和8年度介護職員等処遇改善加算の取得促進支援事業」

個別相談 申込書

申込日：令和 年 月 日

法人名			
事業所名※			
現加算区分	↓加算について、取得している区分に必ず○をしてください。↓ ・加算Ⅰ ・加算Ⅱ ・加算Ⅲ ・加算Ⅳ ・未取得		
所在地	〒 -		
	Tel:	Fax:	E-mail:
相談者氏名		役職	

※次の加算算定非対象サービス（介護職員が従事しないサービス）を除きます。
（介護予防）福祉用具貸与・特定（介護予防）福祉用具販売・（介護予防）居宅療養管理指導

相談内容 ※相談の内容について 右記の該当項目に☑、 又は、その他に相談内 容をご記入ください。	☐ 介護職員処遇改善加算等の制度の理解と方針の決定 ☐ 新加算への移行について具体的に知りたい ☐ 職場環境等要件への対応について知りたい ☐ 処遇改善加算申請書の作成方法を知りたい ☐ その他（上記以外は、以下に相談内容をご記入ください）
--	--

相談希望日時 (日程を調整のうえ ご連絡します)	第1希望 月 日 () 時 分 ~ 時 分
	第2希望 月 日 () 時 分 ~ 時 分
	第3希望 月 日 () 時 分 ~ 時 分
相談希望場所 (希望項目に☑を してください)	☐ 貴事業所・施設
	☐ 介護労働安定センター沖縄支部内
	☐ Webオンラインでの実施
	☐ その他 ()

※「無料相談申込書」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程に従い厳重に管理し、当センター職員による日程調整、内容確認、各種講習会のご案内及び事業活動に関する情報提供のみに使用し、上記以外の目的で使用いたしません。

(公財)介護労働安定センター沖縄支部