



FAX
077-527-2039



受付日

公益財団法人 介護労働安定センター 滋賀支部 宛

申込日：令和 年 月 日

令和8年度 滋賀県委託事業 個別相談申込書【介護サービス事業所】

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|------|----|-----|-----|----|-------------|------------------------|
| 法人名 | | | | | | | TEL | |
| 事業所名 | | | | | | | FAX | |
| ご担当者様 (役職) | フリガナ 役職 | | | | | | サービス 種類名 | 登録されているサービス種類名をご記入ください |
| 現在の加算区分 (該当に○) | I □ | II □ | Iイ | IIイ | III | IV | なし | |
| E-mail | ※大文字と小文字、アルファベットO(オー)と数字0(ゼロ)、-(ハイフン)と_(アンダーバー)など、違いを明確にして丁寧に記入ください。 | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | |
| 相談内容 (該当項目に☑し、詳細を記入してください。) | <input type="checkbox"/> 令和8年度中にクリアする誓約書を提出している令和8年度特例要件の対応について <input type="checkbox"/> ケアプランデータ連携システム加入 <input type="checkbox"/> 生産性向上体制加算取得 <input type="checkbox"/> 社会福祉連携推進法人への所属 <input type="checkbox"/> 加算額増加分に相当する新規の賃金改善(ベースアップによる賃金改善) <input type="checkbox"/> 処遇改善加算を新規に取得するための対応について <input type="checkbox"/> ランプアップするためにクリアしたい処遇改善加算要件の対応について <input type="checkbox"/> 月例賃金改善要件 <input type="checkbox"/> キャリアパス要件 <input type="checkbox"/> 職場環境等要件 ※上記の☑された項目の詳しい内容を記入ください。また、その他の相談内容を記入ください。 | | | | | | | |

ご記入いただいた個人情報等に関しましては、当センターのプライバシーポリシーに基づき厳重に管理し、上記の目的以外には使用いたしません

● 下記の**加算算定非対象サービス事業所**に該当する事業所は、**支援対象外**となります。ご了承ください。
 ((介護予防) 福祉用具貸与・販売、(介護予防) 居宅療養管理指導)

● お申し込み多数の場合は、新規取得、下位区分の事業所を優先させていただきます。

お申込みから支援までの流れ

対象事業所数に制限があるため、すべての事業所さまのご要望にお応えすることができません。ご了承ください。

- ①センターへ個別相談の申込書をFAXする
- ②支援決定の可否をご連絡 ※申込状況によって前倒しする場合があります。
- ③事業所のご担当者様と、支援日時調整
- ④専門家が訪問またはオンラインで支援を実施します。



***** 支援後は、加算取得の申請をお願いします *****

| 担当講師 | 相談実施日 | | | | | | 備考 | | |
|------|-------|---|---|---|-----|---|----|---|--|
| | 1回目 | 年 | 月 | 日 | 2回目 | 年 | 月 | 日 | |
| | : | ~ | : | | : | ~ | : | | |