

FAX 083-920-0930

(公財)介護労働安定センター 山口支部

個別訪問相談支援 申込書(無料)

※○を記入してください。	令和8年6月以降の加算区分	(Ⅰ)イ・(Ⅰ)ロ・(Ⅱ)イ・(Ⅱ)ロ・(Ⅲ)・(Ⅳ)・なし
事業所(※)		
代表者名		
所在地	〒	
電話番号	FAX番号	
メールアドレス	@	
相談者氏名	役職名	

(※)対象事業所:介護サービス施設・事業所等(山口県内) 但し、下記●に該当する施設・事業所等は除く

●令和8年6月以降に介護職員等処遇改善加算Ⅰ(ロ)取得済み施設・事業所等

●下記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)

(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

▼具体的な相談内容(該当する番号に○・複数可)

1. 計画書及び実績報告書の作成等について
2. 算定要件を満たす方法
3. キャリアパス要件について
4. 月額賃金改善要件について
5. 職場環境等要件について
6. 昇給する仕組みと昇給の要件の設定方法
7. 就業規則・賃金規程の改定
8. 保管すべき書類と議事録について
9. その他※詳細を枠内にご記入ください

▼相談希望日(お申込みは、講師との日程調整の都合上、希望日の1ヶ月前までをお願いします)

第1希望	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
第2希望	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
第3希望	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分

▼相談方法(希望に○)

1. 貴事業所へ専門家が訪問する	2. 専門家事務所で相談する	3. オンラインで相談する
(後日、接続方法等についてお知らせします)		