別紙様式１

介護職員等特定処遇改善加算対象事業者届出確認表

事業者基本情報等

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | | |
| 本件の連絡先 | 住所 | | 〒　　　－ | | |
| 電話番号 |  | | FAX |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚ |  | | | |
| 担当者 |  | | | |
| 申請する加算の  事業年度 | 令和　　　年度 | | | | |
| 介護サービス提供月 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日（　　か月） | | | | |
| 資金改善実施期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日（　　か月） | | | | |

申請書類確認表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請書類 | 様式等 | 確認欄 |
| １　介護職員等特定処遇改善加算対象事業者届出確認表 | 別紙様式１（本紙） |  |
| ２　介護職員等特定処遇改善計画書 | 別紙様式２ |  |
| ３　介護職員等特定処遇改善計画書（松川町指定事業所一覧表） | 添付書類１ |  |
| ４　介護職員等特定処遇改善計画書（届出対象都道府県内一覧表） | 添付書類２ |  |
| ５　介護職員等特定処遇改善計画書（都道府県状況一覧表） | 添付書類３ |  |
| ６　介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 | 別紙１ |  |
| ７　介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 | 別紙2 |  |

※1　確認欄には、添付したものに「○」印、添付不要のものに「－」印を記入する。

※2　1部提出すること。

※3　松川町に所在する事業所のみの場合、申請書類４、５は不要です。