**(福祉・)介護職員処遇改善実績報告書等 連絡票**

(**受付票の返却が必要な場合は、太線枠内に必要事項を記載して変更届と一緒に提出してください**)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 |  |  |  |
| 法人名 |  | | |
| 事業所名 | ※法人一括の実績報告書の場合は記入不要 | | |
| 計画年度 | 年度分 | | |

●提出書類チェックリスト（提出前の確認にご活用ください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提　出　要　否 | 内　　　　　　　容 | ﾁｪｯｸ |
| 要 | (福祉・)介護職員処遇改善実績報告書、(福祉・)介護職員等特定処遇改善実績報告書（別紙様式3-1） | □ |
| 要 | (福祉・)介護職員処遇改善実績報告書、(福祉・)介護職員等特定処遇改善実績報告書(施設・事業所別個表)(別紙様式3-2) | □ |
| 職員分類の変更特例を適用する場合のみ要  ※障害のみ | 職員分類の変更特例に係る実績報告(別紙様式3-3) | □ |
| 受付票の郵送返却を希望する場合のみ要 | 返信用封筒(切手貼付、返信先の記載、どの法人・事業所分のものかの明記) | □ |

●受付票返却方法（希望する方法にチェックしてください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 方 法 | 説　　　　　　　明 | ﾁｪｯｸ |
| 郵　　送 | 返信用封筒(切手貼付)を添付していただいている場合は返送します。 | □ |
| メ ー ル | ご登録いただいている事業所メールアドレスにPDFデータで送信します。 | □ |

|  |
| --- |
| 受付番号 |
|  |

**(福祉・)介護職員処遇改善実績報告書等　受付票( 介 ・ 障 )**

・下記内容の届出を受け付けましたので、本受付票を

　　　　　　　　 事業所控え書類と併せて保管しておいてください。

受付印　　　　　担当

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名 | ※法人一括の実績報告書の場合は記入不要 |
| 計画年度 | 年度分 |

|  |  |
| --- | --- |
| 備考 |  |