**介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・****介護職員等ベースアップ等支援加算**

**実績報告書（令和５年度）連絡票**

**(太線枠内に必要事項を記載して実績報告書と一緒に提出してください)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 受付者 | 審査日 | 審査者 | 処理完了 |  | 指令番号 |  |
|  |  |  |  |  |  |

**※東大阪市指定の**事業所が複数ある場合は全て記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **法人名** |  | 事業所名事業所番号 |  |
| 事業所名事業所番号 |  |
| **書類作成担当者**　　　　（書類を作成し、補正内容に**速やかに対応できる方**の　名前を記載してください。）　　　　 | [ ] 法人　[ ] 事業所　[ ] 社労士事務所等 | 事業所名事業所番号 |  |
| （フリガナ）　　　　 | 事業所名事業所番号 |  |
| 事業所名事業所番号 |  |
| **連絡先** (書類作成担当者と**確実に**連絡の取れる連絡先を記載してください。) | (電話) | 事業所名事業所番号 |  |
| 事業所名事業所番号 |  |
| **サービス名****（予防含む）** | □訪問介護　□訪問入浴介護　□通所介護　□地域密着型通所介護　□通所リハビリテーション□特定施設入居者生活介護　□短期入所生活介護　□短期入所療養介護　□介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□介護療養型医療施設　□介護医療院　□認知症対応型共同生活介護　□認知症対応型通所介護□（看護）小規模多機能型居宅介護　□定期巡回・随時対応型訪問介護看護　□地域密着型介護老人福祉施設 |

提出する加算にチェックを入れてください。

[ ] 介護職員処遇改善加算 [ ] 介護職員等特定処遇改善加算[ ] 介護職員等ベースアップ等支援加算 .

**●チェックリスト**

|  |  |
| --- | --- |
| 提出書類 | チェック |
| 1. 実績報告書　連絡票
 |[ ]
| 1. 実績報告書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（別紙様式３－１）
 |[ ]
| 1. 実績報告書（施設・事業所別個表）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（別紙様式３－２）
 | [ ]  |

･････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････

**介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算**

**実績報告書（令和５年度）受付票**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名又は事業所名 |  |
| サービス名（予防含む） | □訪問介護　□訪問入浴介護　□通所介護　□地域密着型通所介護　□通所リハビリテーション　□特定施設入居者生活介護　□短期入所生活介護　□短期入所療養介護　□介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□介護療養型医療施設　□介護医療院　□認知症対応型共同生活介護　□認知症対応型通所介護　□（看護）小規模多機能型居宅介護　□定期巡回・随時対応型訪問介護看護　□地域密着型介護老人福祉施設 |

以下は担当課で記入します。

収受印

[ ] 介護職員処遇改善加算 　[ ] 介護職員等特定処遇改善加算

[ ] 介護職員等ベースアップ等支援加算

上記の実績報告書を受け付けました。

【連絡事項】

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**返信用封筒の同封がない場合は当受付票の返送はいたしません。**