**介護職員等処遇改善加算　処遇改善計画書（令和７年度）　連絡票**

**(連絡票及び受付票の太線枠内に必要事項を記載して提出してください)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**（書類作成し、補正内容に速やかに対応いただけ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 |  |
| **連絡先**（作成担当者と確実に連絡を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 |

**●チェックリスト**

|  |  |
| --- | --- |
| **提出書類** | **チェック** |
| 1. 処遇改善計画書　連絡票
 |[ ]
| 1. 算定状況確認表
 |[ ]
| 1. 処遇改善計画書　総括表　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（別紙様式２－１）
 |[ ]
| 1. 処遇改善計画書　個票　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　（別紙様式２－２）
 | [ ]  |

**※介護人材確保・職場環境改善等事業の申請を行う場合は、事業所の所在する都道府県へ届出してください。**

**介護職員等処遇改善加算等　処遇改善計画書（令和７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

上記の計画書を受け付けしました。

【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。**