

別紙様式3

介護職員処遇改善実績報告書(平成29年度届出用)

事業所等情報

介護保険事業所番号

事業者・開設者	フリガナ	カブシキカイシャコウイキカイゴサービス		
	名 称	株式会社 広域介護サービス		
主たる事務所の所在地	〒	812-8577		
	福岡	都・道 府・県	福岡市博多区千代4丁目1番27号	
事業所等の名称	電話番号	092-643-〇〇〇〇	FAX番号	092-643-××××
	フリガナ		提供するサービス	
事業所の所在地	名 称			
	〒	都・道 府・県	別紙一覧表による	
	電話番号		FAX番号	

※事業所等情報については、複数の事業所ごとに一括して提出する場合は「別紙一覧表による」と記載すること。

①	算定した加算の区分	介護職員処遇改善加算(① II III IV V)				
②	賃金改善実施期間	平成 29 年 4 月 ~ 平成 30 年 3 月				
③	平成29年度分介護職員処遇改善加算総額					3,500,000 円
④	賃金改善所要額(i-ii)					3,671,836 円
	i) 加算の算定により賃金改善を行った賃金の総額					47,988,392 円
	ii) 加算を算定しない場合(元々の賃金水準)の賃金の総額					44,631,970 円
加算(Ⅰ)の上乗せ相当分を用いて計算する場合						
⑤	平成29年度介護職員処遇改善加算総額(加算(Ⅰ)による算定額から加算(Ⅱ)による算定額を差し引いた額)					円
⑥	賃金改善所要額(iii-iv)					円
	iii) 加算(Ⅰ)の算定により賃金改善を行った賃金の総額					円
	iv) 初めて加算(Ⅰ)を取得する月の前年度の賃金の総額					円
⑧	賃金改善を行った賃金項目及び方法(賃金改善を行う賃金項目(賃金改善を行う賃金項目(増額若しくは新設した給与の項目の種類(基本給、手当、賞与等)等)、賃金改善の実施時期や対象職員、一人当たりの平均賃金改善額について、可能な限り具体的に記載すること。)					
	基本給として、平成29年4月から平成30年3月に一人当たり月額2,300円増。					
	処遇改善加算手当として、平成29年6月から平成30年5月に一人当たり月額3,000円増。					
	一時金として、平成30年5月に一人当たり100,000円支払った。					
	法定福利費の事業所負担分の増加分366,422円を加算から充てる。					
	基本給690,000円、処遇改善手当900,000円、一時金1,400,000円、法定福利費366,422円 合計3,356,422円					

※ 介護職員処遇改善計画書において加算(Ⅰ)の上乗せ相当分を用いて計算している場合は、介護職員処遇改善実績報告書においても加算(Ⅰ)の上乗せ相当分を用いて計算すること。
※ 加算(Ⅰ)の上乗せ相当分を用いて計算する際は、③及び④の代わりに⑤及び⑥を使用する。
※ ④i)及び⑥iii)については、積算の根拠となる資料を添付すること。(任意の様式で可。)
※ ④又は⑥については、法定福利費等の賃金改善に伴う増加分も含むことができる。
※ ④が③以上又は⑥が⑤以上でなければならないこと。
※ ④ii)、⑥iv)の計算に際しては、賃金改善実施期間の職員の人数と合わせた上で算出すること。すなわち、比較時点から賃金改善実施期間の始点までに職員が増加した場合、当該職員と同等の勤続年数の職員が比較時点にもいたと仮定して、賃金総額に上乗せする必要があることに留意すること。
※ 複数の介護サービス事業所等について一括して提出する場合、以下の添付書類についても作成すること。
・添付書類1: 都道府県等の圏域内の、当該計画書に記載された計画の対象となる介護サービス事業所等の一覧表(指定権者毎)
・添付書類2: 各都道府県内の指定権者(当該都道府県を含む。)の「一覧表(都道府県毎)」
・添付書類3: 計画書に記載された計画の対象となる介護サービス事業者等に係る都道府県の一覧表
※ 虚偽の記載や、介護職員処遇改善加算の請求に関して不正を行った場合には、支払われた介護給付費の返還を求められることや介護事業者の指定が取り消される場合があるので留意すること。

【注意】

広域連合指定の事業所のみ報告する場合は、添付書類1のAの欄と一致すること。
広域連合指定の事業所と県内市町・福岡県指定の事業所を一括して報告する場合は、添付書類2のCの欄と一致すること。
※他都道府県内の指定権者がある場合は、添付書類3のEの欄と一致すること。

【注意】

③以上となること。
i)とii)の差額を記載してください。

②の期間に加算の算定に相当する介護職員に支払った賃金の総数を記載すること。
※介護職員(加算金受給対象者)に支払った加算分込の賃金総額を記載すること。
※この賃金総額には、法定福利費(社会保険、労働保険等)の事業主負担分を含んでもよい。

元々の賃金水準で、②の期間に介護職員へ賃金を支払った場合の賃金総額を算出し、記載すること。
※④のi)に法定福利費(社会保険、労働保険等)の事業主負担分を含んだ金額を記入した場合は、元々の賃金水準に対する法定福利費の事業主負担分を記入すること。

介護職員処遇改善加算により改善した賃金改善の内容について、名称(基本給、手当、賞与、一時金)、一人当たりの全額及び総額等具体的な内容について記載すること。

※「賃金改善所要額」の金額が「平成29年度分介護職員処遇改善加算総額」を下回った場合は(③>④)、加算要件を満たさないため、加算総額(「平成29年度介護職員処遇改善加算総額一覧表」の「加算総計」の金額)を全額返還いただく場合があります。

上記について相違ないことを証明いたします。

平成	年	月	日	(法人名)
				(代表者名)

印

法人名、代表者職名、氏名、日付を記載し、必ず押印すること。