

年 月 日

長崎県知事

様

(法人名)

(代表者)

印

年度福祉・介護職員処遇改善（特別）加算に係る変更届出書

年度福祉・介護職員処遇改善（特別）加算について、次のとおり変更がありましたので、関係書類を添えて届け出ます。

1. 変更年月日（事実発生日） 年 月 日

2. 変更内容

※ 下記の(1)～(4)の該当する項目に○印をし、各項目に必要事項を記載してください。

(1) 会社法による吸収合併、新設合併等による福祉・介護職員処遇改善計画書の作成単位の変更

処遇改善加算額		円
合併等の前の処遇改善実績		円
処遇改善加算額の残額		円
承継後の賃金改善内容		

(2) 複数の事業所を1つの計画にまとめて届出を行っている事業者において、事業所の増減があった場合

異動事由	障害福祉サービス事業所番号	事業所の名称	サービス名
新規指定・廃止・その他()			

(3) 就業規則、給与規則等の改正（福祉・介護職員の処遇改善に関する内容に限る。）

(4) キャリアパス要件等に関する適合状況の変更

※提出書類

①変更内容（１）に該当する場合

- ・ 変更後の福祉・介護職員処遇改善計画書（別紙様式２）
- ・ 事実発生までの賃金改善の実績及び継承後の賃金改善に関する内容がわかる資料（様式任意）

②変更内容（２）に該当する場合

- ・ 変更後の福祉・介護職員処遇改善計画書（別紙様式２）
- ・ 事業所一覧表（別紙様式２（添付書類１））

③変更内容（３）に該当する場合

- ・ 変更後の就業規則、給与規則等

④変更内容（４）に該当する場合

- ・ 変更後の福祉・介護職員処遇改善計画書（別紙様式２）
- ・ 必要な添付書類（通常の届出書の提出時と同様）