（様式第１５号）

平成　　年　　月　　日

石　井　町　長　　殿

 （法人名）

 （代表者）　　　　　　　　　　　　印

平成　　年度介護職員処遇改善加算届出書

　介護サービス事業所「　事業所名　」（介護保険事業所番号）（サービス名）に係る介護職員処遇改善加算に関する届出書について、別添のとおり、介護職員処遇改善計画書その他必要な書類を添えて届け出ます。

 （添付書類）

 ・介護職員処遇改善計画書（別紙様式１４）

 ・その他必要な書類（就業規則、給与規程、労働保険関係成立届等の納入証明書等）