（様式第１５号）

　　　年　　月　　日

石　井　町　長　　殿

 （法人名）

 （代表者）

　　　　年度介護職員処遇改善加算・介護職員等特定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

 ・その他必要な書類