（様式第１５号）（※複数事業所用）

　　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

　別表の介護サービス事業所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