参考様式１

令和●年●月●日

[x] 　泉佐野市長　様

[x] 　泉南市長　様

[ ] 　阪南市長　様

[ ] 　熊取町長　様

[x] 　田尻町長　様

[ ] 　岬町長　様

※提出する市（町）長のチェックボックスをクリックしてチェックを入れてください。

主たる事務所の所在地　大阪府泉佐野市市場東1-1-1

**押印は不要です**

法　　人　　名　　　　　株式会社●●

　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名　　代表取締役　　▲▲

令和４年度介護職員処遇改善加算及び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に係る介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算について、別添のとおり、計画書等及び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・介護職員等特定処遇改善加算計画書（別紙様式２-１）

・その他必要な書類

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 株式会社●● |
| 担当者名 | ●●●● |
| 電話番号 | ●●●● |
| ＦＡＸ番号 | ●●●● |