

平成 年 月 日

大分県知事 殿

(住所)
(事業者名)
(代表者職・氏名)

印

平成 年度福祉・介護人材処遇改善事業変更届出書

さきに平成 年 月 日付け障福第 号承認された福祉・介護人材処遇改善事業の申請について、下記のとおり変更がありましたので届け出ます。

記

1 変更の内容 (次の(1)～(3)の中から該当する番号に○印をつけてください。)

(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

【必要な添付書類】

- ・当該事実発生までの助成金の使用実績及び残額並びに承継後の助成金の取扱いに関する内容 (任意様式)

(2) 当該申請に係る事業所等の増減 (新規指定、廃止等)

<増減する事業所等> ※異動区分の該当するものに○印を付けてください。

異動区分	障害福祉サービス等 事業所番号	事業所等名称	サービス種別
新規・廃止			
新規・廃止			
新規・廃止			

(3) 就業規則 (介護職員の処遇に関する内容に限る) 又は給与規程の改正

【必要な添付書類】

- ・当該改正の概要 (任意様式)

2 変更年月日 平成 年 月 日

3 留意事項

変更に伴い、既に提出している計画書等に変更が生じる場合は、変更後の計画書等を提出してください。