※届出書類の一番上に添付して提出してください。

介護職員処遇改善加算に係る算定区分確認票

【連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　年度の算定区分 | 　　年４月からの算定区分 |
|  |  |

●記載例①

平成３０年度まで加算Ⅰを算定、平成３１年４月から引き続き加算Ⅰを算定する場合

|  |  |
| --- | --- |
| 平成３０年度の算定区分 | 平成３１年４月からの算定区分 |
| 加算Ⅰ | 加算Ⅰ |

●記載例②

平成３０年度まで加算Ⅱを算定、平成３１年４月から加算Ⅰを算定する場合

|  |  |
| --- | --- |
| 平成３０年度の算定区分 | 平成３１年４月からの算定区分 |
| 加算Ⅱ | 加算Ⅰ |

●記載例③

平成３０年度まで加算の算定なし、平成３１年４月から新たに加算Ⅱを算定する場合

|  |  |
| --- | --- |
| 平成３０年度の算定区分 | 平成３１年４月からの算定区分 |
| 算定なし | 加算Ⅱ |