

提出書類等チェック表

(本チェック表で確認の上、実績報告書等と一緒に提出してください。)

法人名	
担当者名	
連絡先	

提出書類チェック表

※提出している書類の□欄にレ印を付けてください。該当がない項目については、□欄に×印を付けてください。

【別紙様式5】介護職員処遇改善実績報告書(平成30年度)	<input type="checkbox"/>	法人代表者の押印。必ず提出が必要です。
【積算根拠資料】介護職員賃金総額明細書	<input type="checkbox"/>	支給実績のある賃金台帳の提出でも可。必ず提出が必要です。
【別紙様式5(添付書類1)】介護職員処遇改善実績報告書(事業所一覧表)	<input type="checkbox"/>	複数事業所を一括して届け出ている場合に提出が必要。
【別紙様式5(添付書類2)】介護職員処遇改善実績報告書(都道府県状況一覧表)	<input type="checkbox"/>	同一法人で他の都道府県の事業所と加算の調整を行っている場合に提出が必要。
【別紙様式5(添付書類3)】介護職員処遇改善実績報告書(市町村一覧表)	<input type="checkbox"/>	同一法人で指定権者が異なる事業所と加算の調整を行っている場合に提出が必要。
【(参考様式)月別実績表】	<input type="checkbox"/>	必ず提出が必要です。

記載内容チェック表

※点検の結果、誤りがなければ、□欄にレ印を付けてください。該当がない項目については、□欄に×印を付けてください。

介護職員処遇改善実績報告書(別紙様式5)

介護職員処遇改善実績報告書

① 算定した加算の区分	<input type="checkbox"/>	加算区分Ⅰ～Ⅴを記載する。(年度途中で加算区分の変更があった場合は変更後を記載)
② 加算による賃金改善実施期間	<input type="checkbox"/>	処遇改善計画書に記載した期間が記載されていますか。
③ 平成30年度分介護職員処遇改善加算総額	<input type="checkbox"/>	平成30年4月から平成31年3月までに提供したサービスに係る保険請求分(利用者1割(2割)負担を含む)、区分支給限度基準額を超えたサービス提供に係る加算額及びその総額が記載されていますか。
④ 賃金改善所要額(i-ii)	<input type="checkbox"/>	i)②の期間において支給した処遇改善加算を含む介護職員の賃金総額 ii)加算を算定しない場合の賃金総額(H23年度や前年度など基準年の賃金総額)
⑤と⑥は加算Ⅰの上乗せ相当分を用いて計算		
⑤ 平成30年度分介護職員処遇改善加算総額(加算Ⅰと加算Ⅱの比較)	<input type="checkbox"/>	加算総額を加算Ⅰの場合と加算Ⅱの場合で比較し、差額を記載されていますか。
⑥ 賃金改善所要額(iii-iv)	<input type="checkbox"/>	iii)加算Ⅰの算定した場合の処遇改善加算を含む介護職員の賃金総額 iv)従来の加算Ⅰ(旧加算Ⅰ)を算定した場合の前年度の介護職員の賃金総額
⑦ ②の期間において実施した賃金改善の概要	<input type="checkbox"/>	改善した給与項目や内容を具体的に記載されていますか。改善額の合計は④賃金改善所要額と同額となります。
⑧ 介護職員常勤換算数(②の期間の総数)	<input type="checkbox"/>	上記②の期間における各月の対象となる介護職員の常勤換算数の合計が記載されていますか。 【別紙様式5の記載例】を参考に常勤換算してください。
⑨ 介護職員一人当たり賃金改善月額	<input type="checkbox"/>	④÷⑧又は⑥÷⑧の金額が記載されていますか。
⑩ 介護職員に支給した賃金額(②の期間の総額)	<input type="checkbox"/>	上記②の期間に対象となる介護職員に支給した賃金の総額が記載されていますか。 ※当該欄は賃金の総支給額を記載してください(賃金改善額のみでの記載ではありません)。
⑩の積算根拠資料	<input type="checkbox"/>	賃金台帳又は(積算根拠資料)介護職員賃金総額明細書等を作成し提出されましたか。
⑪ 介護職員数(②の期間の総数)	<input type="checkbox"/>	上記②の期間における各月の対象となる介護職員数の合計が記載されていますか。
⑫ 介護職員一人当たり賃金月額	<input type="checkbox"/>	⑩÷⑪の金額が記載されていますか。

証明欄について

証明欄について(最下段)	<input type="checkbox"/>	証明年月日、法人名、代表者の役職、氏名が記載され、印鑑が押印されていますか。
--------------	--------------------------	--

別紙様式5(添付書類1)事業所等一覧表 ※計画を法人一括で提出している場合に該当

都道府県内事業所一覧表

法人名	<input type="checkbox"/>	法人名は記載されていますか。
介護保険事業所番号 事業所の名称 サービス名	<input type="checkbox"/>	加算を届け出た事業所の介護保険事業所番号と事業所の名称、指定権者、サービス名及び介護職員処遇改善加算額が全て記載されていますか(事業所名は、指定を受けている正式名称を記載ください)。
サービス名	<input type="checkbox"/>	予防サービスについても指定を受けている場合は、「(介護予防)●●●●」と記載されていますか。

ページ数、総ページ数	<input type="checkbox"/>	ページ数、総ページ数は記載されていますか。
------------	--------------------------	-----------------------

別紙様式 5 (添付書類 2) 都道府県状況一覧表

都道府県情報一覧表		
法人名	<input type="checkbox"/>	法人名は記載されていますか。
介護職員処遇改善加算額 賃金改善所要額 他都道府県事業所等の介護職員の処遇改善の 原資として充当する額 他都道府県の事業所等で受けた加算額を原資 として改善する額	<input type="checkbox"/>	他都道府県の事業所と加算の調整を行った場合に、必要事項はすべて記入されていますか。

別紙様式 5 (添付書類 3) 市町村一覧表

市町村情報一覧表		
法人名	<input type="checkbox"/>	法人名は記載されていますか。
指定権者 介護職員処遇改善加算額 賃金改善所要額 他の指定権者事業所等の介護職員の処遇改善 の原資として充当する額 他の指定権者事業所等で受けた加算額を原資 として改善する額	<input type="checkbox"/>	県内の市町村が指定権者となっている事業所と加算の調整を行った場合に、必要事項はすべて記入されていますか。

(参考様式) 月別実績表

1 加算受給実績		
①保険請求額(利用者負担を含む)	<input type="checkbox"/>	国保連から支払いがあった金額及び利用者からの1割又は2割負担分を記載していますか(複数サービスで届出している場合は、届出したサービスに対する加算の合計額が記載されていますか)。
②区分支給限度基準額を超えたサービス提供に係る加算額	<input type="checkbox"/>	区分支給限度基準額を超えたサービス提供に係る加算額(全額利用者負担額)が記載されていますか。
加算受領実績(①+②)	<input type="checkbox"/>	①+②の金額が記載されていますか。 また、加算受給実績の合計額③は、別紙様式5の③又は⑤の金額と同じ額になっていますか。 複数サービスを申請している場合は、別紙様式5(添付書類1)に記載の加算受給額の合計と同額になっていますか。
2 賃金改善支給実績		
賃金改善実施期間	<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善計画書に記載した期間の月が記載されていますか。
賃金改善給与項目	<input type="checkbox"/>	対象となる介護職員の改善を行った給与項目が記載されていますか。
賃金改善額支給実績	<input type="checkbox"/>	各月における改善した賃金の支給額が記載されていますか。
賃金改善期間外	<input type="checkbox"/>	賃金改善実施期間を超えて支給した実績がある場合には、記載されていますか。
賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担分の増加額	<input type="checkbox"/>	賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担分の増加額が記載されていますか。 ※なお、賃金改善支給実績の合計額Aが加算受給実績の合計額③を上回る場合は、記載を省略しても構いません。
賃金改善額合計(A+B)	<input type="checkbox"/>	A+Bの額となっていますか。 また、別紙様式5の④の金額と同じ額になっていますか。