

## 提出期限及び提出書類

下記のとおり、必要最低限の情報を記載いただいた計画書等を期限までにFAXください。

**令和2年6月15日（月曜日）必着（7月サービス提供分）**

あて先：世田谷区障害保健福祉課 事業者指定・指導担当

FAX番号：03-5432-3021 ※番号間違いにご注意ください。

様式	記載が必須の項目
別紙様式2-1 障害福祉サービス等処遇改善計画書	1 基本情報〈共通〉
別紙様式2-2 ※処遇改善加算を算定する事業所の情報を記載ください。	<ul style="list-style-type: none"><li>・法人名</li><li>・障害福祉サービス等事業所番号</li><li>・事業所名</li><li>・サービス名</li><li>・算定する福祉・介護職員処遇改善加算の区分</li><li>・算定対象月</li></ul>
別紙様式2-3 ※特定処遇改善加算を算定する事業所の情報を記載ください。（特定処遇改善加算の届出は行わない場合は提出不要です。）	<ul style="list-style-type: none"><li>・法人名</li><li>・障害福祉サービス等事業所番号</li><li>・事業所名</li><li>・サービス名</li><li>・算定する福祉・介護職員等特定処遇改善加算の区分</li><li>・算定対象月</li></ul>

※令和2年7月末までにすべての項目を記載いただいた計画書を提出いただく必要がございます。  
その際、算定要件を満たしていなかった場合等は、過誤処理を行っていただくこととなります。