

平成29年度 処遇改善(特別)加算 実績報告提出にかかる注意事項

- 平成29年度に加算の届出を行った法人は全て、実績報告書の提出が必要です。
(サービスの提供が無く受領額0円の場合、年度途中で廃止・休止した場合も含む)
- 実績報告は、届出を行った単位で作成をして下さい。
(法人一括で届出を行った事業者は法人一括で、事業所単位で届出を行った事業者は事業所単位で実績報告を作成)
- 加算の算定要件は、賃金改善所要額が加算総額を上回ることであり、賃金改善所要額が加算総額を下回ることがないように注意して下さい。
- 実績報告書(別紙様式5)は、法人代表者(例:理事長)の印の押印が必要です。
- 公立施設については、実績報告書(別紙様式5)の記名、押印等は受託法人のものとしてください。
- チェックリストに示した順に書類を重ね、クリップ止めしてください。(ホッチキス留めは不要です。)
- 例年間違いが多い箇所には記載例のコメントの文頭に【重要】となっています。誤りがないよう十分にご確認願います。

注意

- 八王子市内に事業所がある場合には、東京都と八王子市の両方に実績報告書を提出する必要がある場合があるため、「書類提出の流れ」をご確認いただき、提出先にご注意ください。
- 実績報告書の提出を求める等の指導を行っているにもかかわらず提出を行わない場合、加算額以上の賃金改善が行われない場合など、加算の算定要件を満たしていない場合には、全額返還となる場合があります。

実績報告の締切

実績報告書の提出期限は、**平成30年7月31日(火) 必着**です。

【参考:常勤換算の考え方】

当該事業所の従業員の勤務延べ時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数(1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)で除することにより、当該事業所の従業員の員数を常勤の従業員の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務延べ時間数は、当該事業所の指定にかかる事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であること。

○計算例

- ・常勤の勤務すべき時間が40時間であり、

従業員A 週20時間勤務

従業員B 週18時間勤務

従業員C 週32時間勤務 の場合

計算は(20時間+18時間+32時間)÷40時間=1.75であり

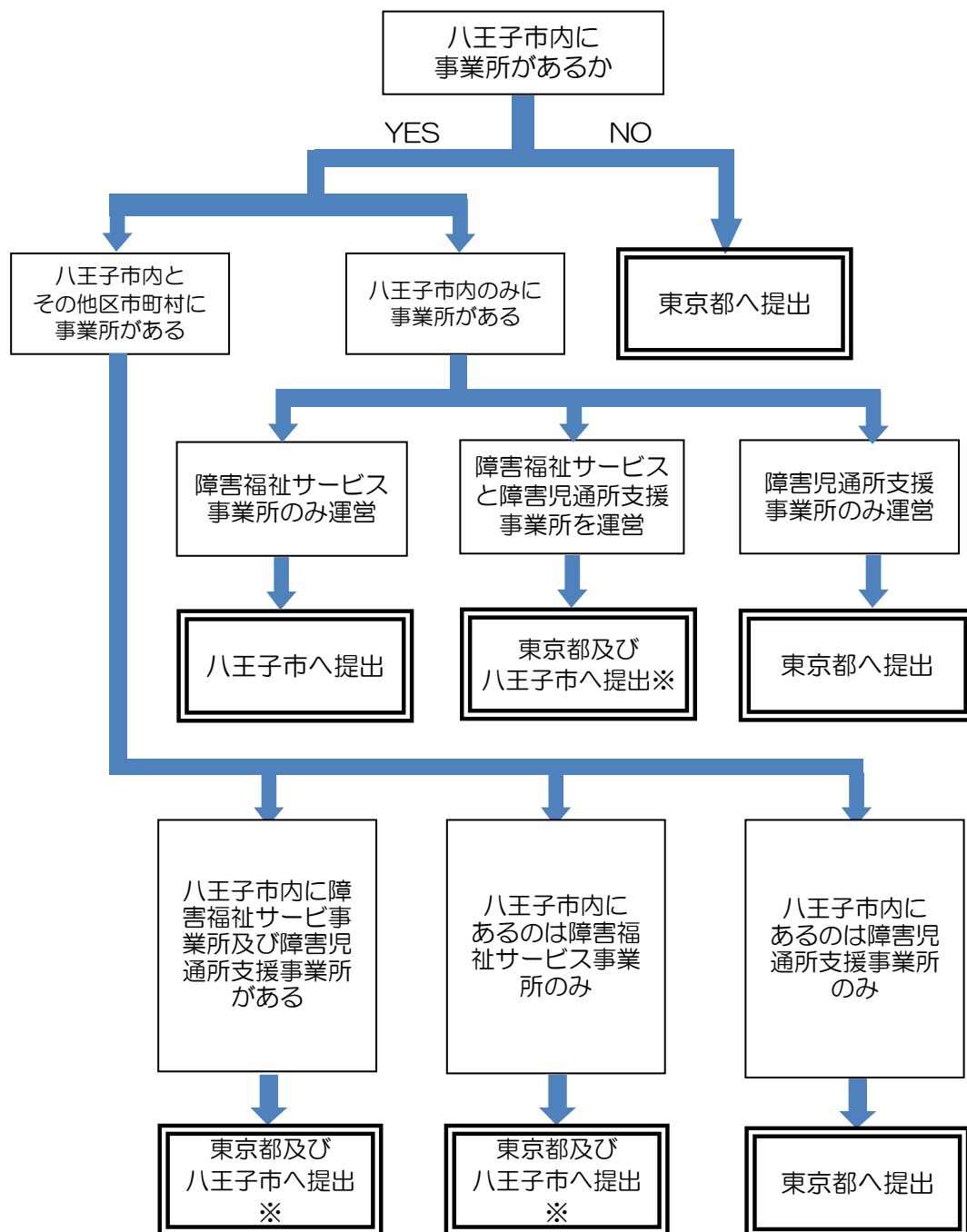
(小数点第2位以下を切捨)、常勤換算数は1か月1.7人となる。

12か月処遇改善加算を取得している場合、年間の常勤換算数=1.7人×12か月=20.4人

※上記計算例は常勤の従業員が勤務すべき時間数が40時間の事例であり、実際の常勤の従業員が勤務すべき時間に合わせて計算をしてください。

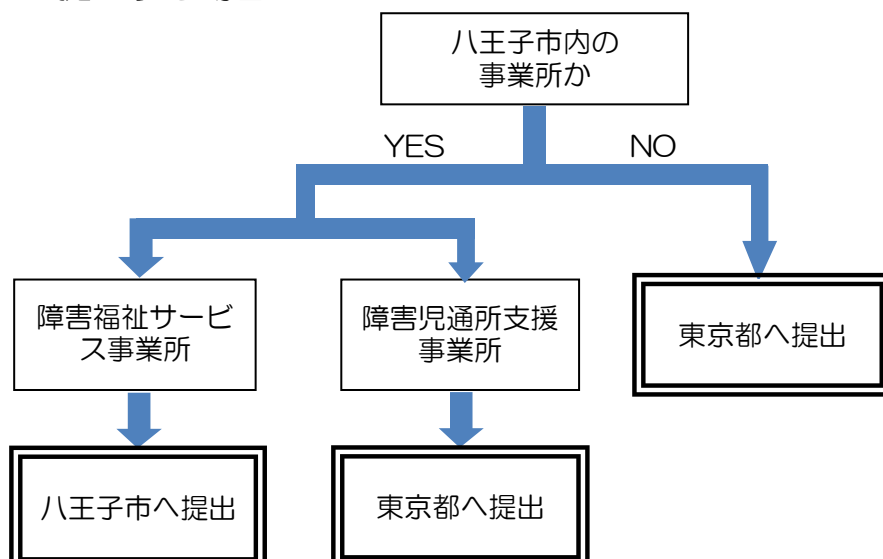
書類提出の流れ

○法人一括で提出する場合



※ 東京都知事宛及び八王子市長宛に様式5を2通作成の上、その他書類とともに東京都宛及び八王子市宛に提出願います。

○事業所単位で提出する場合



平成29年度処遇改善（特別）加算届出用（実績報告）

基本情報

実績報告の書類を、東京都にご提出いただく際、常に必ず1枚目に綴る様式です。

☆法人情報

☆法人情報

			No.	
年度	平成	29	年度	
設置主体(法人名)	特定非営利活動法人△△会			
主たる事務所の所在地 (郵便番号)	163-8001			
主たる事務所の所在地 (住所)	東京都新宿区西新宿2-8-1			
代表者職・氏名	理事長 東京次郎			
電話(市外局番から)	03-5321-1111			
ファクシミリ番号	03-5288-xxxx			
電子メールアドレス	mail@△△.org			

☆書類作成者情報

担当者名(書類作成者※)	所属	本部事務局	氏名	東京 太郎
電話(市外局番から)	同上			
ファクシミリ番号	同上			
電子メールアドレス	toukyou-tarou@△△.org			

※提出いただいた書類に記載されている内容について、東京都から問い合わせる際の連絡先を記入してください。

福祉・介護職員処遇改善（特別）加算(提出チェックリスト)
（平成29年度実績報告用）

提出書類	様式名	確認欄	備考
基本情報		レ	* 必須(1部) 法人情報や担当者名を記載したもの
チェックリスト		レ	* 必須(1部) 本紙（確認欄にチェックを入れたもの）
福祉・介護職員処遇改善実績報告書（平成29年度）	別紙様式5	レ	* 必須(1部) ★要捺印
福祉・介護職員処遇改善実績報告書（都内事業所一覧表）	別紙様式5（添付書類1）	レ	* 必須(1部)
福祉・介護職員処遇改善実績報告書（市町村一覧表）	別紙様式5（添付書類2）		東京都内の対象となる事業所（添付書類1）に下記いずれかに該当する事業所が含まれる場合には提出 ①基準該当事業所 ②八王子市が指定する事業所 ※上記①、②の事業所を有していても、加算金を相互に充当していない場合は提出不要
福祉・介護職員処遇改善実績報告書（他道府県状況一覧表）	別紙様式5（添付書類3）		複数の都道府県に対象となる事業所がある場合に提出 ※他道府県に事業所を有していても、都内事業所と加算金を相互に充当していない場合は提出不要
賃金改善所要額の根拠となる資料	積算資料	レ	* 必須(1部) ・任意様式でも可。ただし、その場合、様式5②③④⑧⑨⑩⑪が積算資料のどの部分に該当するかを明記すること。
「福祉・介護職員処遇改善（特別）加算総額のお知らせ」の写し	—	レ	* 必須(対象期間分) 東京都国民健康保険団体連合会から各サービス事業所等へ請求受付年月ごとに送付※サンプルをご参照ください。 (注) ・対象期間が平成29年4月から平成30年3月の場合は、 平成29年5月受付分から平成30年4月受付分 。 ・対象期間が平成29年6月から平成30年3月の場合は、 平成29年7月受付分から平成30年4月受付分

※ 「書類提出の流れ」をご確認いただき、該当する場合には、様式5を東京都知事宛及び八王子市長宛に2通作成の上、その他書類とともに東京都宛及び八王子市宛に提出願います。

【重要】「福祉・介護職員処遇改善（特別）加算総額のお知らせ」については、**電子請求受付システムからダウンロードにより取得することができます**。電子請求受付システムでの保管期間は、「福祉・介護職員処遇改善（特別）加算総額のお知らせ」や「障害福祉サービス費等支払決定額通知書」等の**通知文書を取得したあと3か月**となります。
通知文書を取得したあと3か月を経過している場合は、電子請求受付システムから取得ができませんので、東京都国民健康保険団体連合会介護福祉課障害福祉係（TEL:03-6238-0224）へ御連絡ください。（ご連絡いただければ、再取得が可能です。）

こちらは記載例です。法人・事業所の実態に即した形でご記入ください。

薄い水色の欄は「積算資料」で入力した値が自動転記されますのでこちらへの直接の入力は不要です。ただし、任意様式で積算資料を作成される場合はこちらへ直接入力していただきますようお願いいたします。
※「積算資料」の③、④、⑩、④-i、④-ii、⑧、⑨、⑪が、当様式の③、④、⑩、④-i、④-ii、⑧、⑨、⑩、⑪の数値と一致しているか確認してください。

福祉・介護職員処遇改善実績報告書(平成29年度)

東京都知事 殿

【重要】必要に応じて、ドロップダウンリストから「東京都知事」又は「八王子市長」に変更してください。

原則として処遇改善計画書(1)⑦に記載した「賃金改善実施期間」を記入してください。
※実際の賃金改善実施期間が計画と異なる場合は、実際の期間を御記入ください。ただし、記載する期間は平成29年4月～平成30年6月のうち連続する12か月間(年度当初から届出の場合)となります。
※(参考様式)積算資料を使用する場合は、当該資料中の期間と一致しているか確認して下さい。

該当する加算区分に○を付けてください。

①	算定した加算の区分	・福祉・介護職員処遇改善加算(☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V) ・福祉・介護職員処遇改善特別加算		
②	加算による賃金改善実施期間	平成 29 年 6 月 ～ 平成 30 年 5 月		
③	平成 29 年度分福祉・介護職員処遇改善(特別)加算総額	1,918,574 円		
	賃金改善所要額(i-ii)	2,220,000 円		
④	i 加算の算定により賃金改善を行った場合の賃金総額	16,020,000 円		
	ii 初めて加算を取得した月の前年度の賃金の総額	13,800,000 円		
加算 I の上乗せ相当分を用いて計算する場合				
⑤	平成29年度分福祉・介護職員処遇改善(特別)加算総額(加算 I)と加算(II)の比較			
	賃金改善所要額(iii-iv)			
⑥	iii 加算(I)の算定により賃金改善を行った場合の賃金総額	※③④(i、ii)を記入した場合は⑤⑥(iii、iv)は記入不要です。		
	iv 初めて加算(I)を取得した月の前年度の賃金の総額			
⑦	②の期間において実施した賃金改善の概要 (改善した給与の項目及びその金額等について具体的に記載すること)		○基本給 常勤介護職員5人の基本給22,000円のベースアップ。 6月～5月までの各月賃金改善額:110,000円(5人×22,000円/月)	
	【重要】下記①～⑤の項目について必ず記載してください。 ①改善した項目(基本給、手当、賞与等) ②金額 ③対象職種 ④人数 ⑤支給時期		○処遇改善手当 常勤介護職員5人に処遇改善手当40,000円を3回支給。	
			6月の賃金改善額:300,000円(5人×60,000円)	
			12月の賃金改善額:300,000円(5人×60,000円)	
			3月の賃金改善額:300,000円(5人×60,000円)	
	※処遇改善加算の対象職種は、「ホームヘルパー、生活支援員、児童指導員、指導員、保育士、世話人、職業指導員、地域移行支援員、就労支援員、訪問支援員、介護職員」であり、原則として管理者・サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者・事務職・医療職等は対象になりません。(処遇改善特別加算は、上記対象職種を中心として従業者の処遇改善が図られていれば、加算の一部を事務職や医療職等の福祉・介護職以外の従業者の賃金改善に充てることが可能です。)		【その他の記載例】 ・非常勤介護職員○人の時給を1時間100円増額した。 4月から3月まで各月賃金改善額:○円(100円×○時間/月×○人) ・常勤介護職員○人に夏の賞与(平成29年7月)を30,000円ずつ支給した。 7月の賃金改善額:○円(30,000円×○人) ・平成30年3月に年度末一時金として、常勤介護職員○人に20,000円ずつ、非常勤介護職員○人に5,000円支給した。 3月の賃金改善額:○円((20,000円×常勤○人)+(5,000円×非常勤○人))	
⑧	福祉・介護職員常勤換算数(上記②の期間の総数)	60.0 人		
⑨	福祉・介護職員一人当たり賃金改善月額(④÷⑧又は⑥÷⑧)	加算額だけではなく、対象となる介護職員に支給した賃金総額の事をさします。	37,000 円	
⑩	福祉・介護職員に支給した賃金額(②の期間の総額)		16,020,000 円	
⑪	福祉・介護職員一人当たり賃金月額(⑩÷⑧)		267,000 円	

※ 加算(I)の上乗せ分相当を用いて計算する際は、⑤及び⑥に記載できる。
※ ④i)及び⑥iii)については、積算の根拠となる資料を添付すること。(「参考様式積算資料」有)
※ ④又は⑥については、法定福利費等の賃金改善に伴う増加分も含むことができるものとする。
※ ④>③又は⑥>⑤でなければならない。
※ ④ii)又は⑥iv)の賃金総額の計算に際しては、賃金改善実施期間の職員の人数と合わせた上で算出すること。
つまり、比較時点から賃金改善実施期間の始点までに職員が増加した場合、当該職員と同等の勤続年数の職員が比較時点にも勤務していたと仮定して、当時の賃金総額に上乗せする必要があることに留意すること。

介護職員1人に対し1ヶ月に支給する賃金額になっているか確認してください。(高すぎる、あるいは低すぎる場合は、⑧又は⑩の数値を確認してください。)

※ 虚偽の報告や、福祉・介護職員処遇改善加算の請求に関して不正を行った場合には、支払われた介護給付費等の返還を求められることや障害福祉事業者の指定が取り消される場合があるので、留意すること。

上記について相違ないことを証明いたします。

平成 30 年 7 月 16 日

(法人名) 特定非営利活動法人△△会

* 基本情報を入力すると自動的に表示されますので、確認して

(代表者名) 理事長 東京次郎

印

福祉・介護職員処遇改善実績報告書(都内事業所一覧表)

法人名	特定非営利活動法人△△会
-----	--------------

都道府県名:東京都

改善額ではなく、「加算総額のお知らせ」のサービスごとに合計額を記入してください。

[illegible]

※ 同一の障害福祉サービス等事業所番号で複数の障害福祉サービス等を実施している場合は、各サービスごとに記載すること。

※ 記載欄が不足する場合には、本紙をコピーのうえ記入し、右下の総ページ数及びページ数を入力すること。

ページ数 / 総ページ数

法人名	特定非営利活動法人△△会
-----	--------------

都道府県名:東京都

自動入力されます。

[illegible]

※ 記載欄が不足する場合には、本紙をコピーのうえ記入し、右下の総ページ数及びページ数を入力すること。

自動入力
されます。

福祉・介護職員処遇改善実績報告書(他道府県状況一覧表)

法人名		特定非営利活動法人△△会
都道府県	福祉・介護職員処遇改善(特別)加算額	賃金改善所要額
北海道	円	円
青森県	円	円
岩手県	複数の都道府県に対象となる事業所がある場合に提出 ※他道府県に事業所を有していても、都内事業所と加算金を相互に充当していない場合は提出不要	円
宮城県		円
秋田県		円
山形県		円
福島県		円
茨城県		円
栃木県		円
群馬県	円	円
埼玉県	円	円
千葉県	円	円
東京都	円	円
神奈川県	円	円
新潟県	円	円
富山県	円	円
石川県	円	円
福井県	円	円
山梨県	円	円
長野県	円	円
岐阜県	円	円
静岡県	円	円
愛知県	円	円
三重県	円	円
滋賀県	円	円
京都府	円	円
大阪府	円	円
兵庫県	円	円
奈良県	円	円
和歌山県	円	円
鳥取県	円	円
島根県	円	円
岡山県	円	円
広島県	円	円
山口県	円	円
徳島県	円	円
香川県	円	円
愛媛県	入力した場合には、様式5③又は⑤欄の額と一致させてください。	円
高知県		円
福岡県	入力した場合には、様式5の④又は⑥欄の額と一致させてください。	円
佐賀県		円
長崎県	円	円
熊本県	円	円
大分県	円	円
宮崎県	円	円
鹿児島県	円	円
沖縄県	円	円
全国計	0円	0円

※全国計の金額は「福祉・介護職員処遇改善(特別)加算額」<「賃金改善所要額」となる。

平成29年度福祉・介護職員処遇改善実績報告書 賃金改善額積算資料

青色の欄はすでに数式が入力されていますので入力は不要です。
黄色いコメント欄①～⑧をご確認いただき、色のついていない欄にご記入ください。

この参考様式をご使用になる場合は、
合計の列の③、④、⑩、④-i、④-ii、⑧、⑨、⑪
の数値が様式5③、④、⑩、④-i、④-ii、⑧、⑨、
⑩、⑪に自動で転記されます。
転記された結果、両様式上で⑨⑪の数値が同じ
になっていることを再度ご確認ください。

法人名	特定非営利活動法人△△会		
事業所名	別紙一覧表による	サービスの種類	別紙一覧表による

事業所及びサービスが複数あることにより上記枠内に書ききれない場合は、「別紙一覧表による」と記載して下さい。

1 加算総額	① 「加算総額のお知らせ」に基づき、月ごとに加算額をご記入ください。												
サービス提供月 (加算総額のお知らせ)	平成29年4月分 (29年5月受付分)	平成29年5月分 (29年6月受付分)	平成29年6月分 (29年7月受付分)	平成29年7月分 (29年8月受付分)	平成29年8月分 (29年9月受付分)	平成29年9月分 (29年10月受付分)	平成29年10月分 (29年11月受付分)	平成29年11月分 (29年12月受付分)	平成29年12月分 (30年1月受付分)	平成30年1月分 (30年2月受付分)	平成30年2月分 (30年3月受付分)	平成30年3月分 (30年4月受付分)	合計
加算額	120,101 円	130,051 円	130,009 円	130,300 円	125,100 円	125,000 円	125,000 円	225,000 円	135,000 円	225,003 円	225,010 円	223,000 円	③ 1,918,574 円

項目名は適宜変更してください。														
② 様式5の②の期間を月ごとに記載して下さい。														
③ 様式5の「⑦改善額の概要」と連動する改善金額を記載してください。														
賃金改善 項目	賃金改善 実施期間	平成29年6月	平成29年7月	平成29年8月	平成29年9月	平成29年10月	平成29年11月	平成29年12月	平成30年1月	平成30年2月	平成30年3月	平成30年4月	平成30年5月	合計
基本給(改善分のみ)		110,000 円	110,000 円	110,000 円	110,000 円	110,000 円	110,000 円	110,000 円	110,000 円	110,000 円	110,000 円	110,000 円	110,000 円	1,320,000 円
処遇改善手当(改善分のみ)		300,000 円						300,000 円			300,000 円			900,000 円
() 手当(改善分のみ)														0 円
() 手当(改善分のみ)														0 円
賞与(改善分のみ)														0 円
一時金(改善分のみ)														0 円
小計		410,000 円	110,000 円	110,000 円	110,000 円	110,000 円	110,000 円	410,000 円	110,000 円	110,000 円	410,000 円	110,000 円	110,000 円	2,220,000 円
法定福利費増額分 (事業主負担分)		下記3のA(b)に自動転記されます。法定福利費を賃金改善所要額に含めない場合には記入不要です。												0 円
合計(A-B)		410,000 円	110,000 円	110,000 円	110,000 円	110,000 円	110,000 円	410,000 円	110,000 円	110,000 円	410,000 円	110,000 円	110,000 円	④ 2,220,000 円

3 賃金総額		⑥ 加算の算定により賃金改善を行った場合の賃金総額をご記入ください。					① 下記⑩ー(④- ii)の結果と合致することを確認してください。					⑤ 下記(④- i)ー(④- ii)の結果と合致することを確認してください。				
支給期間		平成29年6月	平成29年7月	平成29年8月	平成29年9月	平成29年10月	平成29年11月	平成29年12月	平成30年1月	平成30年2月	平成30年3月	平成30年4月	平成30年5月	合計		
A	(a) 加算の算定により賃金改善を行った場合の賃金額	1,560,000 円	1,260,000 円	1,260,000 円	1,260,000 円	1,260,000 円	1,260,000 円	1,560,000 円	1,260,000 円	1,260,000 円	1,560,000 円	1,260,000 円	1,260,000 円	⑩ 16,020,000 円		
	(b) 法定福利費増額分(事業主負担分)	自動転記されるため、ご記入不要です。					0 円	0 円	0 円	0 円	0 円	0 円	0 円	0 円		
	合 計(賃金総額)	1,560,000 円	1,260,000 円	1,260,000 円	1,260,000 円	1,260,000 円	1,260,000 円	1,560,000 円	1,260,000 円	1,260,000 円	1,560,000 円	1,260,000 円	1,260,000 円	④- i 16,020,000 円		

⑦ 加算を算定しない場合(元々の賃金水準)の賃金総額をご記入ください。														加算の算定により賃金改善を行った場合の賃金額は、様式5の「⑩福祉・介護職員に支給した賃金額」に該当します。									
B	初めて加算を取得した月の前年度の賃金の総額	1,150,000 円	1,150,000 円	1,150,000 円	1,150,000 円	1,150,000 円	1,150,000 円	1,150,000 円	1,150,000 円	1,150,000 円	1,150,000 円	1,150,000 円	1,150,000 円	④- ii	13,800,000 円								

4 支給対象者数		5.0 人	5.0 人	5.0 人	5.0 人	5.0 人	5.0 人	5.0 人	5.0 人	5.0 人	5.0 人	5.0 人	5.0 人	⑧ 60.0 人
----------	--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	----------

⑧ 支給対象者の常勤換算数をご記入ください。
たとえば、常勤の勤務すべき時間が週40時間であり、
従業員Aー週20時間勤務、従業員Bー週18時間勤務、従業員Cー週32時間勤務 の場合
計算は(20時間+18時間+32時間)÷40時間=1.75であり
(小数点第2位以下を切捨)、常勤換算数は1月あたり1.7人となる。

福祉・介護職員(※)一人当たり賃金改善月額(④÷⑧)ー円未満切り捨て	⑨	37,000 円
福祉・介護職員(※)一人当たり賃金月額(⑩÷⑧)ー円未満切り捨て	⑪	267,000 円

以下、様式5において、③・④の計算を用いる場合は記入・提出不要です。⑤・⑥の計算を用いる場合のみ記入してください。

0

① 様式5において、③～④を用いる場合は、**枠内を0のまま**にしてください。
様式5において⑤・⑥を用いる場合には **枠内に数字の「1」**を入力してください。
(様式5⑤⑥と下記青色セルに自動転記されます。)
*初期値は「0」です。

青色の欄はすでに数式が入力されておりますので入力は不要です。
黄色いコメント欄①～④をご確認いただき、色のついていない欄にご記入ください。

この参考様式をご使用になる場合は、
合計の列の⑤、⑥、⑥- iii、⑥- iv、⑨の数値が様式5の⑤、⑥、⑥- iii、⑥- iv、⑨に自動で転記されます。
転記された結果、両様式上で⑨の数値が同じになっていることを再度ご確認ください。

1 加算総額(加算(Ⅰ)と加算(Ⅱ)を比較)

C	加算(Ⅰ)による加算総額		
D	加算(Ⅱ)の場合の加算総額		
	加算総額(C-D)	⑤	

上記の「加算総額」③合計と同一であるため、③の数値が自動転記されます。

② 加算(Ⅱ)の場合の加算総額を入力してください。

2 賃金改善所要額内訳(下記3にご記入いただいた内容が自動転記されます。)

	賃金改善所要額		金額
	賃金改善額(E(a)-F(a))		
	法定福利費増額分(E(b)-F(b)) (事業主負担分)		
	合計(E-F)	⑥	

※様式5において、③・④の計算を用いる場合は記入・提出不要です。

③ 下記E-Fの結果と合致することを確認してください。

3 賃金総額

E	(a) 加算(Ⅰ)の算定により賃金改善を行った場合の賃金額	⑩	
	(b) 法定福利費増額分(事業主負担分)		
	合計(賃金総額)	⑥- iii	

⑤・⑥の計算を用いる場合のみ記入してください。

上記A(a)の合計である⑩と同額のため、⑩の数値が自動で転記されます。

上記A(b)合計が自動転記されます。法定福利費を賃金改善所要額に含めない場合には記入不要です。

F	(a) 加算(Ⅱ)を取得したとした場合の賃金総額		
	(b) 法定福利費増額分(事業主負担分)		
	合計(賃金総額)	⑥- iv	

④ 加算(Ⅱ)を取得し、賃金改善を行ったとした場合の賃金総額を記入してください。

法定福利費を賃金改善所要額に含めない場合には記入不要です。

福祉・介護職員(※)一人当たり賃金改善月額(⑥÷⑧)一円未満切り捨て	⑨	
------------------------------------	---	--

書類提出先

＊切り取って、宛名用にご活用ください。

〒163-8001

東京都新宿区西新宿2-8-1

東京都 福祉保健局 障害者施策推進部

処遇改善加算担当(障害福祉) 宛

平成29年度実績報告

『福祉・介護職員処遇改善(特別)加算届出書等 在中』

〒192-8501

東京都八王子市元本郷町3-24-1

八王子市福祉部障害者福祉課

事業者指定担当 宛

平成29年度実績報告

『福祉・介護職員処遇改善(特別)加算届出書等 在中』

★郵送にてご提出ください。(持参は受け付けておりません。)