様式第１号

年　　月　　日

千葉市処遇改善加算取得支援アドバイザー派遣申請書

千　葉　市　長　あて

法人住所

法人名

代表者職・氏名

千葉市処遇改善加算取得支援アドバイザー派遣事業実施要綱第５条の規定に基づき、アドバイザーの派遣を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設・事業所名 | | |  | | | | | サービス種別（要綱別表から選択すること） | | | |  |
| 施設・事業所所在地 | | |  | | | | | | | | | |
| 常時雇用する労働者数 | | | 人 | | （内訳）  ・正社員 | | | |  | | 人 | |
| ・パート、契約社員 | | | |  | | 人 | |
| ・派遣社員 | | | |  | | 人 | |
| 事業開始年月日  年　　　月　　　日 | | | | | | 正社員の平均勤務年数（※1）  年　　　月 | | | | | | 就業規則等（※2）  あり　・　なし |
| 処遇改善加算の取得状況等（該当するものに○印を記入） | | 処遇改善加算取得状況　　　（　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　なし　） | | | | | | | | | | |
| （より上位の）処遇改善加算等を取得できていない理由 | |  | | | | | | | | | | |
| 確認事項　□に✔をしてください。  ○労働関係法令を遵守しています。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・□  ○その他の法令上又は社会通念上ふさわしくないと判断されるような問題を起こしていません。・・・・・・□  ○申請書類等は派遣予定の社会保険労務士等に情報提供させていただきます。予めご了承ください。・・・・□ | | | | | | | | | | | | |
| 担当 | 氏名 | |  | | | | 施設・事業所  HP URL | | |  | | |
| 電話番号 | | |  | | | E-mail | | |  | | |
| ＦＡＸ番号 | | |  | | |

※1…任意記入項目（必須ではありません。）　　※2…就業規則等がある場合は写しを添付してください。