

年 月 日

(宛先) 奈良市長

[施設設置者]

所在地

法人名

代表者

日常生活支援委託事務費に係る **支援体制加算** 対象施設の認定について
宿直体制加算

標記について、関係書類を添えて申請しますので、よろしくお取り計らいください。

1. 日常生活支援住居施設の名称

2. 原因

年度改定 定員変更 従業者等の増減 その他()

3. 申請内容

(1) 支援体制加算

年 月分から

- I (10 : 1)
- II (7.5 : 1)
- III (5 : 1)
- なし (対象外)

(2) 宿直体制加算

年 月分から

- 1人体制
- 2人体制
- 3人体制
- なし (対象外)

4. 添付書類

- (1) 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 [添付様式①]
- (2) 月別の入居者数・重点的要支援者数一覧 [添付様式②]
- (3) 重点的要支援者名簿一覧 [添付様式③]
- (4) その他必要な書類