

様式 3

年 月 日

八王子市長 殿

〔施設設置者〕

所在地

法人名

代表者

印

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するので、よろしくお取り計らい願いたい。

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〔様式 3 関係①〕

(2) 月別の入居者数・重点的要支援者数一覧〔様式 3 関係②〕

(3) その他必要な書類