

別記第2号様式

年 月 日

函館市長 殿

〔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および勤務形態一覧表〔指定様式〕

(2) 月別の入居者数・重点的要支援者数一覧〔指定様式〕

(3) その他必要な書類