様式８

○○　　年　　月　　日

大阪府知事 殿

〔施設設置者〕

所在地

法人名

代表者

支援体制加算

宿直体制加算

日常生活支援委託事務費に係る　　　　　　　　　対象施設の認定について

　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

　　　　令和　　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

　　　　令和　　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１関係(３)〕

（２）月別の入居者数・重点的要支援者数一覧〔様式８関係(１)〕

（３）その他必要な書類