様式９

　　年　　月　　日

（宛先）奈良市長

〔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