様式第９１号その１（第２５条）

日常生活支援委託事務費に係る（支援体制加算・宿直体制加算）

対象施設認定申請書

　　年　　月　　日

福岡県知事 殿

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・宿直体制加算）対象施設の認定について、関

係書類を添えて申請します。

１　日常生活支援施設の名称

２　原因（該当する項目に☑）

　　□　年度改定

　　□　定員変更

　　□　従業員等の増減

　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　申請内容

（１）支援体制加算

　　　　　　　年　　月から

　　　□　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〔様式第９１号その２〕

（２）月別の入居者数・重点的要支援者数一覧〔様式第９１号その３〕

（３）その他必要な書類