

日常生活支援委託事務費に係る支援体制加算及び宿直体制加算
対象施設の認定について

年 月 日

寝屋川市長 様

〔施設設置者〕

所在地

名称

代表者

⑩

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. 添付書類

- ・従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表【参考様式第4号】
- ・月別の入居者数・重点的要支援者数一覧【参考様式第5号】