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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

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】