

(様式3)

令和 年 月 日

東京都知事 殿

〔施設設置者〕

所在地

法人名

代表者

印

日常生活支援委託事務費に係る加算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 施設名 _____

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3-①)

(2) 月別の入居者数・重点的要支援者数一覧 (様式3-②)

(3) その他必要な書類 (介護保険被保険者証、障害者手帳、自立支援医療受給者証、精神科病院退院日を確認できる書類、刑務所出所日を確認できる書類等の写し)