様式３

令和　　年　　月　　日

宮城県知事 殿

〔施設設置者〕

所在地

法人名

代表者　　　　　　　　　　　　　　印

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．日常生活支援施設の名称

２．添付書類

（１）従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表〔指定様式〕

（２）月別の入居者数・重点的要支援者数一覧〔指定様式〕