様式１０－２

第　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　様

千葉市長　　　　　　　　　　　印

日常生活支援委託事務費支弁基準額設定のお知らせ（関係機関への周知）

　以下の日常生活支援住居施設について、（　新規施設の認定　変更の届出　加算の認定申請　）により、以下のとおり委託事務費支弁基準額を設定したため、お知らせします。

１．　日常生活支援住居施設

（１）施設

ア　名称　  
イ　所在地

（２）施設の運営法人

　　ア　名称

　　イ　所在地

２．　委託事務費支弁基準額の設定

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 新たな設定 | これまでの設定 |
| 地域区分 | /100の地域 | /100の地域 |
| 入所定員 | 世帯　　　人 | 世帯　　　人 |
| 重点的要支援者の全入所者数に占める割合 | ％ | ％ |
| 一般事務費単価 | 円 | 円 |
| 支援体制加算 | 円  （　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ 非該当　） | 円  （　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ 非該当　） |
| 宿直体制加算 | 円  （ 1人体制　2人体制　3人体制　非該当 ） | 円  （ 1人体制　2人体制　3人体制　非該当 ） |
| 適用期間 | 年　　月 ～ 　　年　　月 | 年　　月 ～ 　　年　　月 |
| その他 |  |  |

　※　新規施設認定の場合は「これまでの設定」欄は空欄となる。

（連絡先）

〒２６０－８７２２　千葉市中央区千葉港１番１号

千葉市役所保健福祉局保護課　担当〇〇

電話　０４３－〇〇〇－〇〇〇〇