様式第1号(第5条関係)

年　月　日

福岡市長(宛て先)

≪申請者≫

法人名

法人所在地

法人代表者

法人電話番号

法人担当者

ADL維持等加算取得促進事業報奨金交付申請書

ADL維持等加算取得促進事業報奨金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1. 事業所情報

事業所名		事業所番号	
事業所所在地			
管理者		電話番号	
担当者			

2. ADL維持等加算の算定対象期間

令和　年　月 ～ 令和　年　月

3. 区分変更及び更新者名簿

別紙のとおり

4. 確認事項

(1)報奨金の交付を申請する年度の10月1日において、ADL維持等加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定していること。

(2)報奨金の交付を申請する年度内に、申請書に記載する事業所が「ふくおか元気向上チャレンジ(在宅高齢者の要介護状態改善事業)」におけるインセンティブの対象となり、運営法人等において報奨金の交付を受けていないこと。

(3)別紙において、基準日の前年10月1日から基準日の前日(9月30日)に引き続き在籍している利用者のうち、区分変更及び更新を行った者を全て記載していること。

(4)この事業における収入および支出等に係る証拠書類を5年間適切に整理・保管すること。また、市が求めたときは提出すること。

※報奨金の基礎分は通算3回まで(上乗せ分は回数制限なし)