

八王子市長 殿

所在地

法人名

代表者役職名

代表者氏名

印

八王子市認知症高齢者グループホーム利用者負担軽減事業対象認定申請書

八王子市認知症高齢者グループホーム利用者負担軽減事業対象認定について下記のとおり申請します。

記

1 入居者氏名

2 生年月日 年 月 日

3 利用事業所名

4 入居日 年 月 日

5 契約家賃・食材料費の金額

家賃 月額 円

食材料費 月額 円

食材料費(1日当たり)

朝食	昼食	夕食	その他	合計
円	円	円	円	円

※ 有効な「介護保険負担限度額認定証」の写しを添付してください。

※ 4及び5の金額が確認できる「契約書」の写しを添付してください。

※ 下記に入居者本人の承認が必要です。

《入居者記入欄》

上記申請内容について承認します。

また、申請にあたり、市が介護保険の利用状況について調査することに同意します。

令和 年 月 日

入居者住所

氏名