

グループホーム家賃月額等証明書

障害福祉サービス 受給者証番号									
氏名				生年月日	年 月 日				
法人名									
指定事業所名									
ユニット名称									
家賃月額 <small>(入居月等に日割り計算が発生した場合は、該当する月と金額を併記すること※)</small>				特定障害者 特別給付費					
	円				円				
確認事項	<input type="checkbox"/> 上記の者の居室の家賃等として、東京都障害者グループホーム支援事業取扱要領に定める施設借上費を受領していません。								

※記載例(家賃月額60,000円、4/15入居により4月のみ日割り計算が発生した場合):4月のみ32,000円 5月以降60,000円

上記のとおり証明します。

年 月 日

名 称

所在地

事業者

代表者

⑩

電 話

Email アドレス
