

グループホーム家賃支払届出書

年 月 日

八王子市福祉事務所長 宛

(障害福祉サービス受給者証番号:)

届出者	氏 名			
	居 住 地 (サービス受給者証に記載されているもの)			
	生年月日	年	月	日

八王子市身体障害者及び知的障害者グループホーム家賃助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、グループホームの家賃の支払があったので、次のとおり届け出ます。

1 家賃を支払ったグループホーム

法人名		指定事業所名	
所在地	〒		電話番号 ()

2 家賃の支払状況

対象家賃	家賃月額 (A)	特定障害者特別給付費 (B)	家賃自己負担額 (AからBを控除した額)
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円

(注) 家賃の領収書その他家賃の支払を証する書類を添付すること。

3 届出者と提出者が異なる場合、下の欄に記入

届出書 提出者	氏 名		届出者との関係	
	住 所	〒		電話番号 ()

障害者福祉課事務処理欄(以下は記入しないこと。)

助成承認	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	助成区分	1 2	収受印
助成月額	円	助成月数	ヶ月分	
支払総額	円			
確認印		確認印		備考