年　　月　　日

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変更申請書

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について、下記のとおり

認定内容の変更を申請します。

記

1. 入居者氏名
2. 利用事業所名
3. 変更の内容

　■変更前

　　□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 |

■変更後

　　□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 |

* 変更後の金額が確認できる書類の写しを添付してください。