　　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非該当届

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

とおり要件に該当しなくなったため届出します。

記

1. 入居者氏名

2　生年月日　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

3　利用事業所名

4　非該当となった年月日　　　　　　　　　年　　　月　　　日

5　非該当の理由

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）