　　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実施届

下記の事業所において、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を

実施しますので届出します。

記

1　対象事業所　　（事業所名）

　　　　 　　　　（事業所所在地）