様式第3号

令和　　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対象認定について下記のとおり申請します。

記

1. 入居者氏名

2　生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

3　利用事業所名

4　入居日　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

5　契約家賃・食材料費の金額

　　□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 |

* 有効な「介護保険負担限度額認定証」の写しを添付してください。
* 4及び5の金額が確認できる「契約書」の写しを添付してください。
* 下記に入居者本人の承認が必要です。

≪入居者記入欄≫

上記申請内容について承認します。

また、申請にあたり、市が介護保険の利用状況について調査することに同意します。

令和　　　年　　　月　　　日

　入居者住所

氏名