

グループホーム家賃月額等証明書

障害福祉サービス 受給者証番号										
氏名				生年月日	年 月 日					
法人名										
指定事業所名										
ユニット名称										
家賃月額				円	特定障害者 特別給付費					円
確認事項	上記の者の居室の家賃等として、東京都障害者グループホーム支援 事業取扱要領に定める施設借上費を受領していません。									

上記のとおり証明します。

年 月 日

名 称

所在地

事業者

代表者

電 話

Email アドレス
