家賃負担額証明書

グループホーム 又は ケアホームの名称	
住　所	
入居者氏名	
受給者番号	

上記の住居者から月額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 円の家賃を受領していることを証明します。

年　　月　　日

事業所住所

事業所名称

代表者名