

様式第6号（第10条関係）

伊那市認知症対応型共同生活介護事業所家賃等助成事業対象非該当届

年 月 日

（宛先）伊那市長

【届出者（入居者）】

住 所

氏 名

印

（電話番号

）

伊那市認知症対応型共同生活介護事業所家賃等助成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

（

）