

様式第3号（第7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認定申請書

年 月 日

（宛先）伊那市長

所在地

法人名

代表者職・氏名

印

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 契約家賃等

対象種別	家賃	食材料費	管理費 (光熱水費等)	合計
家賃等（月額）	円	円	円	円
家賃等（日割）	円	円	円	円

6 添付書類 (1) 有効な「介護保険負担限度額認定証」の写し
(2) 4及び5の金額等が確認できる「契約書」の写し