様式第７号（第12条関係）

グループホーム入居者負担軽減事業実施確認書

（　　　月分）

年　　　月　　　日

東三河広域連合長　様

　所在地

申請者　団体名

代表者氏名

　グループホーム入居者負担軽減事業に係る軽減額については下記のとおりです。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対象事業所名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 利用期間 | 軽減額 | 備考 |
|  |  | 日から　　日まで　　日間 | 円 |  |
|  |  | 日から　　日まで　　日間 | 円 |  |
|  |  | 日から　　日まで　　日間 | 円 |  |
|  |  | 日から　　日まで　　日間 | 円 |  |
|  |  | 日から　　日まで　　日間 | 円 |  |
|  |  | 日から　　日まで　　日間 | 円 |  |
|  |  | 日から　　日まで　　日間 | 円 |  |
|  |  | 日から　　日まで　　日間 | 円 |  |
|  |  | 日から　　日まで　　日間 | 円 |  |
|  |  | 日から　　日まで　　日間 | 円 |  |
|  |  | 日から　　日まで　　日間 | 円 |  |
|  |  | 日から　　日まで　　日間 | 円 |  |
|  |  | 日から　　日まで　　日間 | 円 |  |
|  |  | 日から　　日まで　　日間 | 円 |  |
|  |  | 日から　　日まで　　日間 | 円 |  |
| 軽減額合計 | | | 円 |  |

※　備考欄には月途中での入退居期日等を記載してください。