様式第７号（第12条関係）

記 入 例

グループホーム入居者負担軽減事業実施確認書

（ ● 月分）

令和●年 ●月 ●日

東三河広域連合長　様

申請者　所在地　豊橋市▲▲町●番地
団体名　社会福祉法人東三河
代表者氏名　理事長　三河　広司

グループホーム入居者負担軽減事業に係る軽減額につきましては下記のとおりです。

記

対象事業所名	●●▲▲グループホーム

被保険者番号	被保険者氏名	利用期間	軽減額	備考
0001234561	豊橋　一男	1日から30日まで30日間	15,000円	
0001234562	豊川　秀子	1日から30日まで30日間	15,000円	
0001234563	蒲郡　和江	1日から30日まで30日間	15,000円	
0001234564	新城　桜子	1日から30日まで30日間	15,000円	
0001234565	田原　波平	1日から30日まで30日間	15,000円	
0001234566	北設　清志	1日から30日まで30日間	15,000円	
0001234567	広域　一郎	16日から30日まで15日間	7,500円	令和●年5月16日入居
		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	97,500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。