

(第4号様式)

(宛先) 名古屋市 区長

年 月 日

名古屋市認知症高齢者グループホーム家賃等利用者負担額確認書

1 被保険者

被保険者番号	
被保険者氏名	

～以下は、認知症高齢者グループホーム事業者が記載してください。～

2 認知症高齢者グループホーム事業者

事業所番号	
事業所名	
事業者	事業者の所在地・名称 (法人所在地) (法人名及び代表者名) 電話番号

3 家賃・光熱水費の金額

家賃	<input type="checkbox"/> 月額 <input type="checkbox"/> 日額 円
光熱水費	<input type="checkbox"/> 月額 <input type="checkbox"/> 日額 円
上記の家賃・光熱水費が 適用される年月日	年 月 日

家賃・光熱水費の金額について、付記すべき事項があれば記載してください。