別紙

認知症対応型共同生活介護事業所家賃補助金請求書明細

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | サービス提供年月 | 年　　月 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 家賃額 | 入居者負担額 | 補助金の額 | 請求額 | 備考 |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
| 合　　　計 | 円 |  |

上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　年　　月　　日

法人名

代表者氏名

（事業所名　　　　　　　　　　　　）