

第9号様式（第11条関係）

上越市認知症対応型グループホーム家賃等確認書

令和 年 月 日

（宛先）上越市長

利用者の家賃等の額は次のとおりです。

1 法人

法人名			
法人代表者氏名	フリガナ		
		④	
所在地	〒		
		電話番号	

2 事業所

事業所番号			
事業所名			
事業所代表者氏名			
所在地	〒		
		電話番号	

3 利用者

被保険者番号		被保険者氏名	
--------	--	--------	--

4 家賃・食材料費・光熱水費の額（単価）

家賃	<input type="checkbox"/> 月額	<input type="checkbox"/> 日額	円
食材料費	<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

5 その他

利用日数が1か月に満たない場合において、4に記載した額（単価）と異なる取扱いがされるとき、その他付記すべき事項があれば、記入してください。

--

- ※ 本確認書に利用契約書の写しを添付し、利用者ごとに1部提出してください。
- ※ 記載内容に変更が生じた場合は、本確認書と利用契約書の写しを再度、提出してください。