様式第2号（第7条関係）

年　　　月　　　日

国頭村長　様

（施設名）

（運営法人）

（代表者職・氏名）　　　　　　　　　　　印

**国頭村認知症高齢者グループホーム家賃減額の実施に伴う対象者の確認申請書**

下記の者について、グループホームの家賃減額を実施するに当たり、国頭村認知症高齢者グループホーム入居者家賃助成事業実施要綱第３条（家賃助成事業の対象者）および第７条（助成対象者の確認）の規定に基づき、対象要件を照会します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申請のあった利用者の被保険者番号 | 申請のあった利用者の氏名 | 住　所 | 入居開始日 |
| 1 |  |  | 国頭村 | 年　　月　　日 |
| 2 |  |  | 国頭村 | 年　　月　　日 |
| 3 |  |  | 国頭村 | 年　　月　　日 |
| 4 |  |  | 国頭村 | 年　　月　　日 |
| 5 |  |  | 国頭村 | 年　　月　　日 |
| 6 |  |  | 国頭村 | 年　　月　　日 |
| 7 |  |  | 国頭村 | 年　　月　　日 |
| 8 |  |  | 国頭村 | 年　　月　　日 |
| 9 |  |  | 国頭村 | 年　　月　　日 |
| 10 |  |  | 国頭村 | 年　　月　　日 |