様式第５号（第１０条関係）

**認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等利用者負担軽減対象者**

**認定結果開示請求書**

雲南広域連合長様

住　　所

事業所名

管理者氏名

当事業所の入所（予定）者について、認定結果の開示を下記のとおり請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 被保険者名 | 入所（予定）年月日 |
|  |  | 　年　　月　　日 |
|
|  |  | 　年　　月　　日 |
|
|  |  | 　年　　月　　日 |
|
|  |  | 　年　　月　　日 |
|
|  |  | 　年　　月　　日 |
|
|  |  | 　年　　月　　日 |
|
|  |  | 　年　　月　　日 |
|
|  |  | 　年　　月　　日 |
|
|  |  | 　年　　月　　日 |
|
|  |  | 　年　　月　　日 |
|