様式第8号(第11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証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供年月 | 年　　　　　　　　　　　月 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 月の全部が該当となる場合 | 月の一部が該当となる場合 | | | 軽減総額(円) |
| 1月あたりの軽減額(円) | 1日あたりの軽減額(円) | 日数(日) | 軽減額(円) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |

上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名