

荒川区介護保険施設等における食費居住費等負担額軽減補助金に係る支払証明書

フリガナ			被保険者番号	
被保険者氏名				
生年月日	明治・大正・昭和		年	月 日
利用施設	施設の種類	①特養 ②老健 ③医療院 ④短期入所 ⑤グループホーム ⑥小規模多機能 ⑦地域密着型特養		
	名称	電話番号 ()		
	所在地			
食費居住費等の支払状況(年 月～ 月分)				
利用日(期間)	支払金額		利用日(期間)	支払金額
月 日から 月 日まで	円		月 日から 月 日まで	円
月 日から 月 日まで	円		月 日から 月 日まで	円
月 日から 月 日まで	円		月 日から 月 日まで	円
月 日から 月 日まで	円		月 日から 月 日まで	円
月 日から 月 日まで	円		月 日から 月 日まで	円
月 日から 月 日まで	円		支払金額合計	円
月 日から 月 日まで	円		利用日数合計	日

上記の記載に相違ないことを証明します。

事業所名 _____

代表者氏名 _____ (印)