様式第1号(第5条関係)

グループホーム家賃助成申請書

年　　月　　日

　　加東市長　様

(申請者)住所

氏名

　グループホームの家賃助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者の状況 | 氏名 | フリガナ | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |
| 居住地 | 〒  (電話番号) | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| 障害福祉サービス受給者証記載事項  (受給者証から転記) | 受給者証番号 |  |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |
| サービス種別 | □　共同生活援助(グループホーム) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給決定期間 | 年　　月　　日から  　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担上限月額 | 円 | | 特定障害者特別給付費  (共同生活援助) | | | | | | | | | | | | | | | 月額  円 | | | | |
| 入居しているグループホームの状況 | 法人名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | ※実際に入居している住居の名称と事業所名とが異なる場合は、下の(　　　)内に住居の名称を記入してください。  (住居名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入居年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家賃 | 月額　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人(以下記入不要)　　　　□申請者本人以外(下の欄に記入) | | |
| 提出者の氏名 | フリガナ | 申請者との関係 |  |
|  |
| 住所 | 〒  電話番号 | | |

※以下の書類を添付してください。

　①　障害福祉サービス受給者証の写し

　②　事業者との利用契約書の写し等(家賃が明記されているもの)