第４号様式（第９条関係）

障害者グループホーム家賃助成金入居者状況届

年　　月　　日

（宛先）

秦野市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| グループホーム名 |  | |
| 代表者名 |  |  |
| 担当者名 |  |  |

次のとおり入居者状況を届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 入居者氏名 | 家賃月額 | 助成月額 | 備考 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

注意

１　家賃月額は、管理費及び共益費を含みます。

２　助成月額は、家賃月額から特定障害者特別給付費を控除した額に２分の１を乗じた額とし、月額10,000円を限度とします。