

認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減対象者開示請求書

年 月 日

浜田地区広域行政組合管理者 様

住所

事業者名

代表者職・氏名

Ⓜ

（事業所名 ）

次の対象者について、認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減対象者認定結果の開示を請求します。

No.	被保険者番号	被保険者氏名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		