共同生活援助契約家賃額証明書

　　　　年　　月　　日

泉南市福祉事務所長　様

事業者名

(契約者名)

代表者名

　下記の者との間で、共同生活援助の利用に係る賃貸借契約を締結していることを次のとおり証明いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者氏名 |  | | | | | | | | | |
| 共同住居名 |  | | | | | | | | | |
| 支給決定期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 家賃額 | 円 | | | | | | | | | |

* 家賃額の欄には共益費、光熱水費等を含まない額を記載すること