

共同住居契約家賃額証明書

年 月 日

(あて先) 帯広市 障害福祉課

事業者名
(契約者名)

代表者名

印

下記の者との間で、共同住居の利用に係る賃貸借契約を締結（している・する予定である）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	
契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日
家賃額	円 (日割計算する場合は円/日)

※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

担当者名	
連絡先 電話番号	