

利用者負担額上限管理事務依頼(変更)届出書

新規 変更

(届出者) 住所 _____
氏名 _____ (印)
TEL _____

次のとおり、指定サービス事業所に利用者負担額の上限管理を依頼することを届け出ます。
また、利用者負担額の上限管理のため、私にサービスを提供した事業所が下記の届出事業所にサービス利用状況等を情報提供することに同意します。

サービス受給者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日		受給者番号	
上限管理事業者	適用年月日			
	所在地			
	名称			
	連絡先		事業所番号	
	上記のサービス受給者より、 年 月 日に依頼があった利用者負担額上限管理の件につきましては、当事業所において責任をもって事務を行います。			
	管理者 (印)			
	変更事由			
	変更年月日		変更前の事業所への連絡	<input type="checkbox"/> 済

- 1 この届出書は、利用者が利用者負担額上限管理を依頼する事業者へ提出後、依頼を受けた事業者が市障がい福祉課に提出してください。
- 2 利用者は、利用者負担額上限管理を依頼する事業者を変更するときは、「変更事由」「変更年月日」を記入し、事業所に提出してください。「変更前の事業所への連絡」は事業所が記入してください。
- 3 この届出書による届出がない場合は、利用者負担額を一旦全額負担していただくことがあります。