

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

支給決定障害者 (児)	ふりがな		受給者証番号								
	氏名										
			生年月日		年		月		日		
	居住地										
保護者氏名 (18歳未満の 児童の場合)	ふりがな		生年月日		年		月		日		
	氏名		続柄								
上限額管理事務を依頼するサービス			障害福祉サービス ・ 障害児通所支援								

利用者負担上限額管理を依頼(変更)した事業者																					
上記の者より、 年 月 日にあった利用者負担上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って利用者負担の上限額管理事務を行うことを承諾します。 上限額管理事業所所在地 電話番号 - - 上限額管理事業者(※)及びその事業所の名称 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>上限額管理 事業所 番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (※)代表者直筆以外の場合は、記名押印してください。											上限額管理 事業所 番号										
上限額管理 事業所 番号																					
上限額管理開始 ・ 変更 年月日					年 月 日																
変更前の事業所への連絡					済 ・ 未																
事業所を変更する場合の事由等					※事業所を変更する場合は必ず記入してください。																
(提出先) 春日市福祉事務所長 殿 上記の指定サービス事業所に利用者負担の上限額管理を依頼することを届出します。 また、利用者負担の上限額管理のために、私にサービスを提供した事業所が上記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。 年 月 日 住所 春日市 電話番号 - - 氏 名 (保護者氏名) (※)本人直筆以外の場合は、記名押印してください。																					
市町村 確認欄																					

- 1 利用者負担の上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、月末までに春日市福祉支援課に提出して下さい。
- 2 上限額管理を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、春日市福祉支援課に提出してください。
- 3 この届出書の届出がない場合、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。