利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

記載例

【複数児童用】

18歳未満の児童氏名	
ふりがな ① (児童の生年月日 年 月 日)	受給者証番号
ふりがな ② (児童の生年月日 年 月 日)	受給者証番号
ふりがな ③ (児童の生年月日 年 月 日)	受給者証番号

通所給付決定保護者等氏名

ふりがな

年 月 日

受給者(児童の場合は保護者)からの依頼日を記入

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

事業所の住所、連絡先電話番号、事業所名はゴム印等で可

電話番号 - -

上限額管理事業者(※)及びその事業所の名称

事業所管理者の「直筆署名(押印不要)」もしくは「記名(直筆以外の署名)+押印」が必要です

上限額管理 事業所 番号									
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(※)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	変更する場合は必ず記入してください。

原則、「受給資格取得日」もしくは「上限額管理開始月の1日」となります

(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

届出日を記入
上限額管理開始月の月末までに提出して下さい。

住所 春日市

電話番号 - -

氏名

(保護者氏名)

受給者(児童の場合は保護者)の「直筆署名(押印不要)」もしくは「記名(あらかじめ氏名を印字した場合や代筆した場合)+押印」が必要です。

(※)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。