

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

支給決定障害者等氏名	生年月日	受給者証番号
フリガナ (保護者名)	年 月 日	
フリガナ (児童氏名)	年 月 日	続柄
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及び連絡先 上限額管理事業者及びその事業所の名称 上限額管理事業者番号		
事業所を変更する場合の事由等	変更年月日	年 月 日
※事業所を変更する場合は必ず記入してください。		
変更前の事業所への連絡(☐ 済 ☐ 未)		
(提出先) 泉南市福祉事務所長 様 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 氏 名 電話 ()		
市町村 確認欄		

- この届出書は、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、受給者証を添えて、障害福祉課へ提出してください。
- 利用者負担の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、障害福祉課へ提出してください。
- 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。

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

支給決定障害者等氏名	生年月日	受給者証番号
フリガナ センナン タロウ (保護者名) 泉 南 太 郎	S50 年 7 月 10 日	1234567890
フリガナ センナン ジロウ (児童氏名) 泉 南 次 郎	H18 年 10 月 1 日	続柄 長男
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、令和元年5月1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及び連絡先 泉南市樽井〇丁目△番□号 電話 072-123-4567		
上限額管理事業者及びその事業所の名称 障害福祉サービス事業所〇〇		
上限額管理事業所事業所番号 0123456789		
事業所を変更する場合の事由等	変更年月日	令和 元 年 5 月 1 日
※事業所を変更する場合は必ず記入してください。 前事業所を退所したため 変更前の事業所への連絡(☒ 済 ☐ 未)		
(提出先) 泉南市福祉事務所長 様		
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。		
令和 元 年 5 月 1 日 住 所 利用者住所 氏 名 泉南 太郎 電話 利用者連絡先		
市町村 確認欄		

1 この届出書は、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、受給者証を添えて、障害福祉課へ提出してください。

2 利用者負担の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、障害福祉課へ提出してください。

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。