

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

利用者(給付決定者)氏名		受給者証番号											
フリガナ													
		生年月日											
		年 月 日											
上限管理事務を依頼するサービス (該当サービスにチェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス・ <input type="checkbox"/> 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、令和 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。													
上限管理開始年月 令和 年 月提供分より													
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 _____ 印													
上限額管理事業者番号 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													
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(<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)													
(あて先)													
吉川市長 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 年 月 日													
住 所													
氏 名													
電 話 ()													
市町村 確認欄			入力済 <input type="checkbox"/>										

- 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、吉川市市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、吉川市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。