

【記載例】

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		受給者証番号	
ふりがな	のだ じろう	123456789	
野 田 次 郎		生年月日	
		平成 20 年 6 月 10 日	
利用者負担上限額管理を依頼(変更)した事業者			
この欄は、必ず上限額管理事業者が記入、押印してください。			
上記の者より、〇〇年〇〇月〇〇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。			
上限額管理事業所事業所番号	※※※※※※※※※※	事業所を特定するため、必ず記載してください。 なお、法人名のみでは事業所を特定できない場合がありますので、事業所名の記載もお願いします。	
上限額管理事業所所在地及び連絡先	野田市〇〇 〇〇番地の〇〇 04-△△△△-△△△△		
上限額管理事業者	社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 福祉会		
及びその事業所の名称	理事長 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (印) 事業所名: <input type="checkbox"/> 野田事業所		
事業所上限管理開始年月日		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
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。			
必ず記載してください。			
変更前の事業所への連絡(<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)			
(宛先)			
野田市長			
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。			
〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		利用者が18歳以上の場合は本人、 18歳未満の場合は保護者の氏名を記載してください。	
氏名 野 田 太 郎		(野 田)	
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、市町村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、市町村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。