


記 載 例

利用者が負担上限額管理を依頼する事業者(受給者証)届出書

支給決定者(対象児)氏名		受給者証番号	
フリガナ タチバナ タロウ (タチバナ アスカ)		2940250000	
橋 太郎 (橋 飛鳥)		生年月日	
		明・犬・昭平 〇〇年〇〇月〇〇日	
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3年4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 〒000-0000 高市郡明日香村大字〇〇-〇〇 電話 000-000-0000			
上限額管理事業者及びその事業所の名称 社会福祉法人〇〇〇 〇〇事業所			
事業所番号 1234567890 			
事業所を変更する場合の事由等		変更年月日	令和 3年 4月 1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 checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			
(提出先)			
〇〇区役所 担当者 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 3年 4月 1日 住所 高市郡明日香村大字〇〇-〇〇 電話 000 (000) 0000			
氏名 橋 太郎			
市町村 確認欄			

この欄には、受給者証に記載されている支給決定障害者等の受給者証番号、氏名、生年月日を記載します。

この欄は、上限額管理事業所となる事業所に記入してもらいます。

上限管理事業所を変更する場合に上限管理事業所を変更する理由を記入します。

このチェックボックスには、以前に上限額管理を行っていた事業所に、上限額管理事業所の変更をすでに伝えてある場合はチェックを入れます。

サービスを利用する児童の住所、電話番号、氏名を記入します。

この欄は、記入する必要はありません。

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者が決まり次第、受給者証を添えて、所管の区役所又は保健所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者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、所管の区役所又は保健所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。