

利用者負担上限管理事務依頼（変更）届出書

年 月 日

(あて先)
秦野市長

(届出者)

住所

氏名 印

次のとおり、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下記の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。

受給者証番号			
受 給 者	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日		
	利用者負担上限		円
利 用 者	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日		
上限管理 事 業 所	事業所番号		
	所 在 地		
	名 称		
	電 話 番 号		
	平成 年 月 日に、上記のサービス利用者から依頼の ありました利用者負担上限額管理につきましては、当事業所にお いて責任を持って事務を行います。 管理者 印		
	適用年月日		
	変 更 事 由		
	変更前の事業所への連絡	☐ 済 ☐ 未	

- 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、受給者証を添えて秦野市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秦野市障害福祉課へ提出してください。
- 3 この届出書による届出がない場合は、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。

記入例

利用者負担上限管理事務依頼(変更)

住所、氏名をご記入ください。なお、受給者ご本人の自署のときは、押印は不要です。

月 日

(あて先)

受給者欄に氏名等をご記入ください。なお、サービス利用者が18歳未満のときは、「利用者欄」はサービス利用者の氏名等を、「受給者欄」は保護者の氏名等をご記入ください。

(届出者)

住所 秦野市〇◇町1-1

氏名 秦野太郎 ㊞

次のとおり、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下記の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。

受給者証番号		0123456789	
受給者	フリガナ	ハダノ タロウ	
	氏名	秦野太郎	
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
	利用者負担上限	低1	9,300 円
利用者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
上限管理事業所	事業所番号		
	所在地		
	名称		
	電話番号		
	平成 年 月 日に、上記のサービス利用者から依頼のありました利用者負担上限額管理につきましては、当事業所において責任を持って事務を行います。		
	管理者 ㊞		
	適用年月日		
	変更事由		
	変更前の事業所への連絡	☐ 済 ☐ 未	

この欄は、あなたが上限管理を依頼する事業所に記入を依頼してください。

- 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、受給者証を添えて秦野市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秦野市障害福祉課へ提出してください。
- この届出書による届出がない場合は、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。