

記入例

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	
フリガナ	ツチウラ ツチマル	0000000000	
	土浦 つちまる	生年月日	
		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、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。			
上限額管理事業所所在地及び連絡先			
		土浦市	〇〇〇〇 029-826-1111
上限額管理事業者及びその事業所の名称			
〇〇発達支援センター			
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）			
（提出先） 土浦市福祉事務所長 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。			
〇〇年 〇〇月 〇〇日			
住所		土浦市 大和町9-1	
氏名		土浦 太郎	
電話 029(826)1111			
市町村 確認欄			

1 支給決定を受けている方の氏名（フリガナ）、受給者番号、生年月日を記入してください。

2 利用者負担上限管理を依頼された事業所が、申請日、事業所の所在地および連絡先、事業者および事業所名を記入してください。

3 事業所を変更する場合は、変更年月日、変更する理由を記入してください。変更前の事業所への連絡について該当するにをつけてください。

4 申請日、申請者の住所、氏名、電話番号を記入してください。

- 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、土浦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、土浦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。