

利用者負担上限額管理事務 依 頼 変 更 届 出 書 取 消

受給者氏名		上限管理を依頼するサービス	
フリガナ		<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 障害児通所支援 ※ 該当サービスにチェックを入れてください	
生年月日 年 月 日		受給者証番号	
支給決定にかか る児童	氏名	生年月日	受給者証番号
	①	年 月 日	
	②	年 月 日	
	③	年 月 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 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。	
<input type="radio"/> 上限額管理者	事業所番号 _____ 所在地 _____ 電話（ - - ） _____ 事業者及び事業所名称 _____ 印
<input type="radio"/> 上限管理（開始・変更 ^{※1} ・取消）年月	令和 年 月
^{※1} 変更の場合記載してください 変更する理由 <input type="checkbox"/> 利用事業所の変更 <input type="checkbox"/> 事業所の利用日数の変更 <input type="checkbox"/> その他（ ） 変更前の事業所への連絡 <input type="checkbox"/> 済 ← 変更前の事業所に必ず連絡してください。	

松阪市福祉事務所長 宛	
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（ - - ）

- 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、松阪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、変更年月を記入のうえ、松阪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。

* 市町村処理欄 入力（ / ） 送付（ / ） 宛名番号（ ）