

利用者負担上限管理事務依頼(変更)届出書

(提出先)
海老名市長

新規 変更

令和 年 月 日

(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け出ます。
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。

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
<input type="checkbox"/> 受給者欄 に同じ	フリガナ			
	氏名			
<input type="checkbox"/> 利用者	生年月日			
上限管理事業所	所在地			
	連絡先		事業所番号	
	名称			
	上記のサービス利用者より、令和 年 月 日に依頼があった利用者負担上限額管理の件につきましては、当事業所において責任を持って事務をおこないます。			
	管理者	印		
	適用年月日	令和 年 月 日 (令和 年 月提供分から適用)		
	変更事由			
	変更前の事業所への連絡	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 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、受給者証を添えて支給決定を受けた市役所 障がい福祉課に提出してください。
- 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、変更年月日を記入したうえで支給決定を受けた市役所 障がい福祉課に提出してください。
- 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。

(市役所・障がい福祉課確認欄)

記 号		課長	合議	担当者	受理印
保存期間					
令和 年 月 日	処理済				

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

新規申請をチェックしてください。

新規

変更

記入例

(提出先)
海老名市長

令和 年 月 日

受給者証の支給決定障害者等欄に印字された住所、氏名をご記入、押印してください。

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け出ます。
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。

受給者証番号			受給者証の支給決定障害者等欄に印字された住所、氏名、生年月日をご記入ください。
支給決定障害者等	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
児 童	フリガナ		利用者が児童の場合は、受給者証の児童欄に印字された氏名、生年月日をご記入ください。
	氏名		
	生年月日		
上限管理事業所	所在地		この欄は、あなたが上限管理を依頼した事業所へ記入をお願いします。
	連絡先		
	名称		
	上記のサービス利用者より、令和 年 月 日 件の件につきましては、当事業所において責任を持って事務をおこないます。		
	管理者		
	適用年月日	令和 年 月 日 (令和 年 月提供分から適用)	
	変更事由		
変更前の事業所への連絡	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		

- 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、海老名市役所障がい福祉課に提出してください。
- 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、変更年月日を記入したうえで海老名市役所障がい福祉課に提出してください。
- 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。
(市確認欄)

記 号		課長	合議	担当者	受理印
保存期間					
令和 年 月 日	処理済				