

利用者負担上限管理事務依頼(変更・廃止)届出書

手続きの内容にチェックしてください。☐ 新規 ☐ 変更 ☐ 廃止

令和 年 月 日

藤 沢 市 長

(届出者)
住 所
氏 名
電 話

受給者証に記載されている受給者
(保護者) 氏名を記入してください。

次のとおり、利用者負担の上限管理を依頼(変更・廃止)することを届け出ます。
また、利用者負担の上限管理のために、サービスを提供した事業所が次の届け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 (保護者)
(本人の署名又は記

受給者証に記載されている受給者
(保護者) 氏名を記入してください。

印

利用 者 ①	受給者番号		受給者番号		
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日	
利用 者 ③	受給者番号				
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	④	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	
上 限 管 理 事 業 所	名 称	上限管理事業所へ提出し、 記入・押印を依頼してください。 上限管理事業所の記入が済んだら、 市役所へ提出してください。			
	所在地				
	電話番号				
	上記のサービス利用者。 の件につきましては、当事 管 理				た利用者負担上限額管理
	適用年月日				提供分から適用)
	変更事由				
	変更前の事業所への連絡				☐ 済 ☐ 未

- 1 この届出書は、利用者負担上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、現在使用中の受給者証を添えて、市に提出してください。(但し、新規利用の方を除く。)
- 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、市に提出してください。
- 3 この届出書による届け出がない場合は、利用者負担を一旦全額負担していただくことがあります。

処 理 欄		課長	主幹	課長補佐	主査	担当
決裁年月日						
施行年月日						