利用者負担上限管理事務依頼(変更・廃止)届出書

新規 変更 廃止

令和 年 月 日

藤 沢 市 長

(届出者)

住 所

氏 名

電 話

_____ ()

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）氏名

印

(本人の署名又は記名・押印)

利用者 ①	受給者番号			利用者 ②	受給者番号			
	フリガナ				フリガナ			
	氏 名				氏 名			
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日		生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	
利用者 ③	受給者番号			利用者 ④	受給者番号			
	フリガナ				フリガナ			
	氏 名				氏 名			
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日		生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	
上限管理事業所	名 称							
	所在地							
	電話番号				事業所番号			
	上記のサービス利用者より、令和 年 月 日に提供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行います。							
	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	☐ 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						

障がい福祉サービス(未・済・非) 障がい児通所サービス(未・済・非) コピー リスト入力