

□ 依 頼
利用者負担上限額管理事務 □ 変 更 届出書
□ 取 消

(障害児通所支援用)

通所給付決定保護者氏名										通所給付決定児童氏名									
フリガナ										フリガナ									
受給者証番号										通所給付決定児童生年月日									
										平	・	令		年		月		日	
利用者負担上限額管理事業所																			
(依頼・変更の場合) ☐ 上記の者から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。 (取消の場合) ☐ 上記の者の利用者負担上限額管理事務は、その必要性がなくなったので、上限額管理事業所としての届出を取消すことを承諾します。 上限管理事業所所在地及び連絡先 上限管理事業者及びその事業所の名称 事業所番号																			
上限額管理開始年月日														令和 年 月 日					
事業所を変更する場合の事由等										変更・取消年月日				令和 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(依頼を取消した事業所)への連絡(□済 □未)																			
(提出先) 吹田市長 あて 上記事業所に対する、利用者負担の上限額管理事務の依頼について ☐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。 ☐取消します。 令和 年 月 日 住 所 氏 名 電話番号																			

届出書提出者		☐ 届出者本人 ☐ 届出者本人以外(下の欄に記入)				
氏 名			届出者との関係			
住 所				電話番号		

- 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、吹田市児童部すこやか親子室へ提出してください。
また、依頼する事業所を変更する場合や、届出を取消す場合も同様です。
- 2 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。