

記入例

利用者負担上限額管理事務

☒ 依頼

☐ 変更

☐ 取消

新規の場合は「依頼」へ

(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 キニュー レイタロウ					フリガナ キニュー レイタ				
記入 例太郎					記入 例太				
受給者証番号					通所給付決定児童生年月日				
●	●	●	●	●	平	●	●	●	
●	●	●	●	●	令	▲	▲	▲	
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を行います。 新規の場合は「依頼・変更」へ (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 吹田市出口町19-2 06-6170-**** 上限管理事業者及びその事業所の名称 社会福祉法人 ■■■福祉会 ■■■事業所 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。 年月日は必ず記入してください 変更前の事業所()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、利用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を希望する。 新規の場合は「届出します」へ ☐ 取消します。 令和 ◆年 ◆月 ◆日 住所 吹田市泉町1-3-40 氏名 記入 例太郎 電話番号 06-6384-****									

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	上記の方が提出される場合は「届出者本人」へ	電話番号

- この届出書は、利用者負担の上限額管理事務の依頼、変更、取消の届出に用います。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。
- 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。