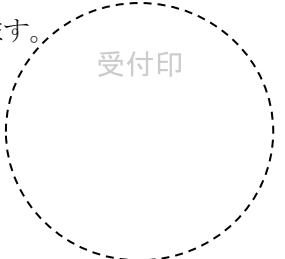


利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

受給者(保護者)	サービス区分	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 障害児通所支援		届出区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更		
	呉市長様				令和 年 月 日		
保護者	受給者(保護者)	ふりがな			受給者証番号		
		氏名			住所	〒 _____	
		生年月日	昭和・平成	年	月	日	電話番号
児童	児童①	ふりがな			生年月日		
		氏名			平成・令和	年	月 日
	児童②	受給者証番号			受給者証番号		
		氏名			平成・令和	年	月 日
児童③	ふりがな			生年月日			
	氏名			平成・令和	年	月 日	
児童④	受給者証番号			受給者証番号			
	氏名			平成・令和	年	月 日	
入欄	下記の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下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。						
	利用者負担上限額管理を依頼(変更)した事業者						
上限額管理事業者	上記の者より、令和 年 月 日にあった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。また、届出児童に加え、保護者が同一の他の児童について上限額管理の必要が生じた場合には、合わせて上限額管理事務を行うことを承諾します。						
	上限額管理事業所 所在地						
	上限額管理事業所 連絡先 (_____) _____						
	上限額管理事業者 及びその事業所名称						印
事業者	事業者番号						
	利用者負担上限額管理開始年月			令和	年	月 サービス提供分から	
入欄	上限額管理事業所を変更する場合の事由等						
	※事業所を変更する場合は、必ず記入してください。 変更年月日 令和 年 月 日 変更前の事業所への連絡 (<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)						

1. 太枠内のみ記入してください。
2. 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、呉市へ提出してください。
3. 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、変更年月日を記入のうえ、呉市へ提出してください。
4. 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。



市役所処理欄	起案: 令和 年 月 日	入力	確認	発送
	担当: GL 課長			
	上記のとおり受給者証を交付してよろしいですか。	/		

複数リスト
