

(様式1)

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

支給決定障害者(児)氏名		受給者証番号	
フリガナ ソウカ タロウ		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
草加 太郎		生年月日	
		平成〇年〇月〇日	
利用者負担上限額管理を依頼(変更)した事業者			
上記の者から、令和〇年〇月〇日にあった利用者負担上限額管理の依頼の件につきまして、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。			
上限額管理事業所所在地及び連絡先			
埼玉県草加市中央1-1-8 電話048-922-〇〇〇〇 FAX048-922-△△△△			
上限額管理事業者及びその事業所の名称			
1151800000 〇〇〇〇放課後等デイサービス 印			
事業所を変更する場合の事由等		変更年月日	年 月 日
※事業所を変更する場合は必ず記入してください。			
変更前の事業所への連絡(□済 □未)			
(提出先)			
草加市長 様			
上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。			
令和〇年〇月〇日			
住所			
草加市高砂1-1-1 電話 048-922-□□□□			
氏名 草加 花子 印			
市町村 確認欄		保護者名	保護者が記入します

- 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**、草加市へ提出してください。
- 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、変更年月日を記入の上、事業所へ提出してください。
- 3 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。