

障害福祉サービス利用者負担上限管理事務依頼（変更）届出書

（ 新規 ・ 変更 ）

平成 年 月 日

（ あて先 ） 横須賀市長

（届出者） 住所

氏名

続柄（ ）

電話

次のとおり、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け出ます。
また、利用者負担の上限管理のために、私のサービスを提供した事業所が下記の下記の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。

受 給 者 番 号					
受 給 者	フリガナ				
	氏 名				
	生 年 月 日		利用者負担額		
利 用 者	フリガナ				
	氏 名	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ			
	生 年 月 日				
上 限 管 理 事 業 所	事業所番号				
	名 称				
	所 在 地				
	連 絡 先				
	上記のサービス利用者より、平成 年 月 日に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、当事業所が責任をもって事務を行います。				
	管理者		印		
	適用年月日	平成 年 月 日	（平成 年 月提供分から適用）		
変更時のみ	変更事由				
	変更前の事業所への連絡	済 ・ 未			

- この届出書は、利用者負担の上限管理を依頼する事業所が決まり次第、上限管理事業所に渡してください。
上限管理事業所は、必要事項を記入のうえ、障害福祉課に提出してください。
- 上限管理事業所を変更するときは、変更年月日を記入したうえで、障害福祉課に提出してください。
- この届出書による届出がない場合には、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。

<事務処理欄>

上記届出を受理してよろしいか。

起案日	課 長	主 査	担 当 者
決裁日			

入力チェック

受 付 印

--