児童通所給付費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、利用者へサービスを提供した事業所が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	昭・平　　年　　月　　日	利用者負担上限月額	円	
利 用 者（受給者と異なる場合に記入）	フリガナ				
	氏 名				
	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から、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			

1　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、上限管理事業所欄に記入してもらってください。（上限管理事業所は必要事項を記入のうえ、障害福祉課に送付してください。）

2　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。

3　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	入力チェック	受付印
決裁日					