

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

記入例

新規

変更

令和 年 月

(提出
寒)

申請項目にチェック
してください

受給者

住 所 寒川町宮山165

氏 名 寒川 太郎

電話番号 0467-74-1111

受給者証を確認し
てご記入ください

次のとおり、指 定 事業所負担の上限額管理を依頼する事業所を、私にサービスを提供し、サービス利用状況等を情報提供することになります。

受給者証の受給者欄に記載された
住所等をご記入ください

利用者が受給者と
異なる場合のみ、
受給者証の児童
欄に記載された氏
名等をご記入くだ

受給者証番号		1234567890	
利用者 (受給者と異なる 場合のみご記入 ください)	フリガナ	サムカワ ハナコ	
	氏名	寒川 花子	
	生年月日	令和2年4月10日生	
上限管理事業所	名称		
	電話番号	事業所番号	
	所在地		
	上記のサービス利用者より、令和 上限額管理の件につきましては、当事業所へ記入をお願いしてください。		
	管理者		
	適用年月日	令和 年 月 日 (令和 年 月提供分から適用)	
	変更時由		
変更前の事業所への連絡	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	

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、寒川町役場健康福祉部福祉課障がい福祉担当に提出してください。

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、変更年月日を記入したうえで寒川町役場健康福祉部福祉課障がい福祉担当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。