

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書(複数児用)

新規

変更

令和 年 月

記入例

(提出
寒川

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

受給者証の受給者欄に
記載された住所等をご
記入ください

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
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
ビス利用状況等を情報提供することに同意します。

対象児童	①	フリガナ	サムカワ イチロウ		受給者証番号
		氏名	寒川 一郎		1234567890
		生年月日	年	月	日生
	②	フリガナ	サムカワ ジロウ		受給者証番号
		氏名	寒川 次郎		0987654321
		生年月日	年	月	日生
	③	フリガナ			受給者証番号
		氏名			
		生年月日	年	月	日生
	④	フリガナ			受給者証番号
		氏名			
		生年月日	年	月	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 年 月 日		この欄は、上限管理を依頼した事業所へ記入をお願いしてください		
	この欄は、上限管理を依頼した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		

受給者証の児童欄
に記載された氏名等
をご記入ください

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。