

利用者負担上限額管理

- 依頼
- 変更
- 取消

届出書

(届出書)八王子市福祉事務所長 様

受給者(保護者)記入欄	サービス区分	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 障害児通所支援		受給者番号										
	受給者(保護者)	フリガナ		生年月日	(和暦) 年 月									
		氏名												
	住所	〒 _____												
		電話番号: ()												
児童氏名	フリガナ		生年月日	(和暦) 年 月										
	氏名													
<p>下記の指定サービス事業所に利用者負担の上限額管理を行うこと(取消の場合は、上限額管理を行わなくなることを)届出します。</p> <p>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記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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 氏名 _____</p>														
上限額管理事業所記入欄	利用者負担上限額管理事業所													
	依頼・変更の場合 <input type="checkbox"/> 上記の者から依頼のあった利用者負担上限額管理事務については、責任をもって行うことを承諾します。													
	取消の場合 <input type="checkbox"/> 上記の者から依頼のあった利用者負担上限額管理事務は、その必要性がなくなったので、上限額管理事業所としての届出を取消すことを承諾します。													
	上限管理開始(変更・取消日) _____ 年 月 日													
	事業所の名称 _____													
	事業所の所在地 _____													
事業所の連絡先 _____														
事業所番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														
変更	変更事業所への連絡	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未												
	変更理由	<input type="checkbox"/> 利用事業所変更 <input type="checkbox"/> 事業所番号変更 <input type="checkbox"/> その他												

- 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、受給者証を添えて八王子市へ提出してください。(依頼する事業所を変更する場合や、届出を取消す場合も同様です。)
- 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。

以下、障害者福祉課記入欄

決裁	課長	主査	主任	担当

上記の通り、事業所を 登録 ・ 変更 ・ 取消 します。